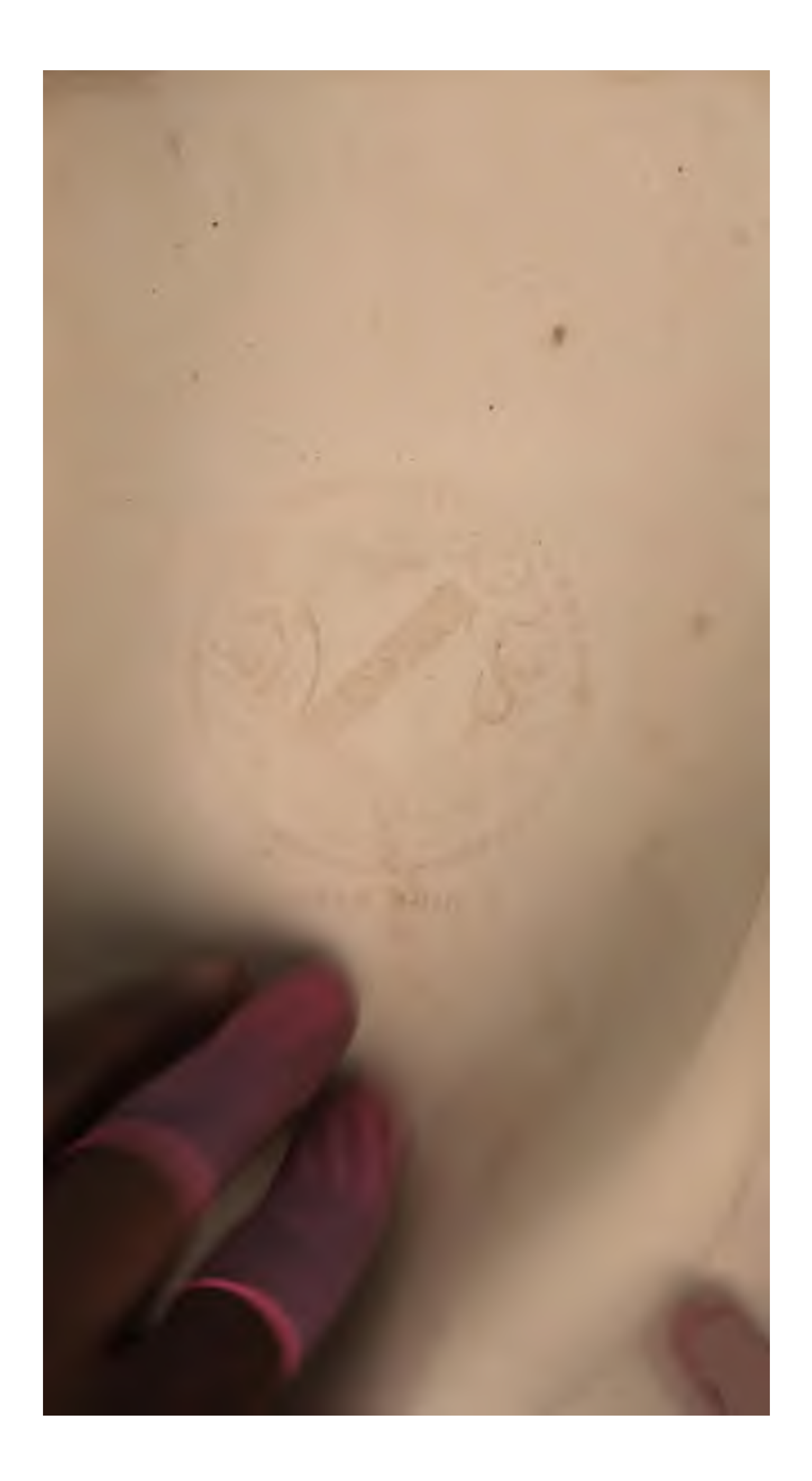

154
e.97.


600008234N



NOUVELLES RECHERCHES

SUR LE

RHUMATISME

ARTICULAIRE AIGU EN GÉNÉRAL.

OUVRAGES DE M. BOUILLAUD

Qui se trouvent chez le même Libraire.

TRAITÉ CLINIQUE DES MALADIES DU CŒUR, précédé de recherches nouvelles sur l'anatomie et la physiologie de cet organe. Paris, 1835, 2 vol. in-8°, avec huit planches gravées. 15 fr.

TRAITÉ CLINIQUE ET PHYSIOLOGIQUE DE L'ENCÉPHALITE ou INFLAMMATION DU CERVEAU et de ses suites, telles que le ramollissement, la suppuration, les tubercules, le squirrhe, le cancer, etc. Paris, 1825, in-8°. 7 fr.

TRAITÉ CLINIQUE ET EXPÉRIMENTAL DES FIÈVRES DITES ESSENTIELLES. Paris, 1826, in-8°. 7 fr.

TRAITÉ PRATIQUE, THÉORIQUE ET STATISTIQUE DU CHOLÉRA-MORBUS DE PARIS, appuyé sur un grand nombre d'observations recueillies à l'hôpital de la Pitié. Paris, 1832, in-8°. 6 fr. 50 c.

EXPOSITION RAISONNÉE D'UN CAS DE NOUVELLE ET SINGULIÈRE VARIÉTÉ D'HERMAPHRODISME observée chez l'homme. Paris, 1833, in-8°, fig. 1 fr. 50 c.

RECHERCHES CLINIQUES ET EXPÉRIMENTALES, tendant à réfuter l'opinion de M. Gall sur les fonctions du cervelet, et à prouver que cet organe préside aux actes de l'équilibration, de la station et de la progression. Paris, 1827, in-8°. 2 fr

RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR LES FONCTIONS DU CERVEAU EN GÉNÉRAL, et sur celles de sa portion antérieure en particulier. Paris, 1830. in-8°.

GÉNÉRALITÉS DE LA CLINIQUE MÉDICALE, et plan à suivre dans l'enseignement de cette science. *Thèse pour le concours de la chaire de clinique médicale à la Faculté de médecine de Paris*, en 1831, *deuxième édition*, considérablement augmentée. Paris, 1836, in-8°, *sous presse*.

Pour paraître en 1836.

TRAITÉ ÉLÉMENTAIRE DE NOSOGRAPHIE MÉDICALE, GÉNÉRALE ET SPÉCIALE; 5 vol. in-8°.

PARIS. — IMPRIMERIE DE BOURGOGNE ET MARTINET, rue du Colombier, 30.

NOUVELLES RECHERCHES

SUR LE

RHUMATISME

ARTICULAIRE AIGU EN GÉNÉRAL,

ET SPÉCIALEMENT
SUR LA LOI DE COÏNCIDENCE
DE LA PÉRICARDITE ET DE L'ENDOCARDITE AVEC CETTE MALADIE,
AINSI QUE SUR L'EFFICACITÉ DE LA FORMULE
DES

ÉMISSIONS SANGUINES COUP SUR COUP

DANS SON TRAITEMENT;

Par J. BOUILLAUD,

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE A LA FACULTÉ
DE MÉDECINE DE PARIS.

His observatis, nemo rationis capax jure in his morbis vituperare missionem sanguinis potest, sed mirificè et tanquam divinum auxilium commendare, extollere, et confidenter usurpare.

BOTAL, *De Curatione per venæ-sectionem.*

A PARIS,
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE,
RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, Nº 13 BIS;
A LONDRES, MÊME MAISON, 219, REGENT STREET.
1836.

PRÉFACE.

Jusqu'à ces derniers temps, l'histoire du rhumatisme en général et du rhumatisme articulaire aigu en particulier était restée à peu près stationnaire; que dis-je? sous certains points de vue, nos connaissances sur cette maladie avaient réellement rétrogradé. En effet, dans Sydenham et dans Stoll, on trouve sur les causes, la nature et le traitement du rhumatisme articulaire, des notions positives que certains *classiques modernes* ont entièrement méconnues. Qui croirait, par exemple, qu'on a pu, de nos jours, pousser la manie de lèse-observation, au point de proclamer que les alternatives de chaud et de froid ne jouent presque aucun rôle dans la production du rhumatisme articulaire aigu; que cette affection ne doit pas être classée dans la grande famille des phlegmasies; qu'*elle est du nombre des maladies sur lesquelles l'anatomie pathologi-*

que ne nous a rien appris de certain, etc.?

J'espère que les recherches sur lesquelles nous appelons aujourd'hui l'examen du public médical, feront justice de ces étranges hérésies, et ramèneront dans la voie de la saine observation une foule de jeunes gens que l'influence d'un mauvais enseignement en avait éloignés. Toutefois, le principal objet de cet opuscule n'est pas tant de réfuter quelques erreurs ainsi généralement répandues sur divers points de l'étude du rhumatisme articulaire aigu, que de faire part à nos confrères de ce que de récentes recherches nous ont appris de nouveau sur la coïncidence de cette maladie avec l'inflammation du tissu séro-fibreux interne et externe du cœur, et sur l'efficacité des émissions sanguines pratiquées d'après une formule qui nous est propre.

C'est, j'oserai le dire, une découverte digne de quelque attention que celle de la coïncidence, à peu près constante, soit d'une endocardite, soit d'une péricardite, soit d'une endo-péricardite, avec un violent rhumatisme articulaire aigu. Ce fait, que de journalières observations confirment de

plus en plus (1), est d'une si grande importance, qu'il constitue en quelque sorte une véritable révolution dans l'histoire du rhumatisme articulaire aigu. Je ne m'étonne point qu'il ait trouvé de si nombreux contradicteurs : c'est le sort de toutes les vérités nouvelles de quelque portée. Mais ce que je ne crains pas de prédire, c'est que d'ici à très peu de temps on ne concevra pas comment un fait si commun a pu se dérober à la connaissance des médecins qui nous ont précédé dans la carrière de l'observation. Parmi les nombreuses personnes qui, depuis trois ans, en ont été témoins à notre clini-

(1) Depuis que nous avons commencé la composition de ce travail, de nouvelles observations sont venues appuyer celles qui s'y trouvent rapportées. Nous avons en ce moment, par exemple, aux n[os] 2, 4 et 10 de la salle des hommes, au n° 6 de celle des femmes, quatre remarquables cas d'inflammation du tissu séro-fibreux du cœur chez des sujets atteints de rhumatisme articulaire aigu. Chez l'un des malades (n° 4, salle Saint-Jean-de-Dieu), il est survenu de plus un double épanchement pleurétique, le plus commun des *accompagnemens* du rhumatisme articulaire aigu après l'endocardite et la péricardite. Un très habile observateur, notre honorable confrère M. le docteur Legroux, a constaté avec nous les signes *positifs* de cette complication.

que, je citerai MM. Capuron; Jules Pelletan et Donné, chefs de clinique; Lecouteulx, aide de clinique; Desclaux, Raciborski, Tournier, Péturet, Denise, Lalanne, Bressan, Nauthonnier, Clémenceau, Chevé, Fournet, l'un des internes les plus distingués des hôpitaux; Coquet-Dusablon, Faure, Chapel, Jallat, Michel, etc. Il n'est pas, d'ailleurs, un hôpital où l'on ne puisse chaque jour, si l'on a quelque habitude des précieuses méthodes de l'auscultation et de la percussion, vérifier le nouveau fait que nous avons découvert.

Ce n'était pas une chose oiseuse non plus que d'apprendre à guérir en une, deux ou trois semaines, une maladie qui faisait le désespoir de ces modernes praticiens, dont le nom fait autorité, dont la pratique fait loi. Et il importe d'autant plus d'en finir promptement avec cette maladie, réputée jusque là si rebelle, qu'en se prolongeant elle entraîne, chez un grand nombre de sujets, d'incurables *lésions organiques du cœur*, tristes et funestes reliquats de cette endocardite et de cette péricardite que l'on avait méconnues avant nous. Or (et cette

remarque est bonne à noter), nous sommes parvenu à dompter cet indomptable rhumatisme articulaire aigu, précisément par la méthode des émissions sanguines, qui, suivant quelques uns des plus célèbres cliniciens de nos jours, entre autres MM. Chomel et Louis, ne pouvait rien ou presque rien contre la longue durée d'une telle maladie. Il est vrai que, pour obtenir de cette puissante méthode les succès que nous annonçons (sans crainte d'être démenti par aucun de ceux qui ont été témoins de notre pratique), nous avons dû la formuler autrement qu'on ne l'avait encore fait. C'est en appliquant au traitement du rhumatisme articulaire aigu cette formule des *larges émissions sanguines pratiquées coup sur coup,* dont nous avons usé avec tant de bonheur, dans le traitement de toutes les phlegmasies aiguës graves en général, que nous avons enfin triomphé, sans une trop grande résistance, d'un mal qui s'était en quelque sorte joué de la méthode des émissions sanguines, telle qu'elle est vulgairement employée.

Les bienfaits de cette formule sont vai-

nement contestés par des médecins qui ne l'ont point expérimentée : le jour viendra bientôt où l'on n'osera plus les nier. Au reste, ce n'est pas d'aujourd'hui que les émissions sanguines généreuses ont trouvé des adversaires. Vaincu par les préjugés de son siècle, le grand Sydenham dut quelquefois renoncer à tirer la quantité de sang qu'il avait jugé convenable. (Voy. *Thomæ Sydenham opera medica*, t. I[er], p. 74, édit. M DCC XXXVI.)

Botal, qui, de son temps, fut le plus ardent apôtre de la saignée, n'eut pas toujours à se louer de l'accueil qu'il reçut de quelques uns de ses contemporains. Lui-même, en revanche, les traita quelquefois assez durement, témoin le passage suivant de son livre intitulé *De Curatione per venæ-sectionem*, ch. VII : *At in tantâ timiditate et parcâ detractione sanguinis, quî fieri potest, ut quis rectè possit judicare quantùm ex in pestilenti morbo prodesse valeat, aut obesse? Non enim morbus pro cujus curatione requirebatur detractio librarum quatuor sanguinis, in quo una tantùm detrahitur, si hominem interficiat, ideo interficit, quia sanguis est missus, sed*

quia non justo modo, missus est, nec fortè etiam opportunè. VERUM NEBULONES NEQUISSIMI ET IGNAVISSIMI ID SEMPER CULPAM CONVERTERE SATAGUNT, NON QUOD NOCUIT, SED QUOD PER FAS ET NEFAS A CUNCTIS VITUPERARI EXOPTANT.

On voit, par ces derniers mots, que Botal a un peu profité du privilége que possède le latin *de braver l'honnêteté, en prose* comme *en vers*. Sous ce rapport, nous nous félicitons doublement d'écrire en français, cette langue polie par excellence. Mais nous pouvons, je crois, sans blesser en rien la politesse dont se pique notre langue, appliquer à quelques uns de nos contemporains ce que Botal disait de quelques uns des siens, savoir qu'ils *s'appliquent moins à critiquer ce qui nuit que ce qu'ils veulent que tout le monde blâme* PER FAS ET NEFAS, pour nous servir des expressions de Botal.

Que si les Botal et les Sydenham ont essuyé de tels obstacles dans l'emploi de leurs formules des émissions sanguines, que sera-ce de la nôtre, qui choque les opinions reçues plus encore que les précédentes, et qui n'a pas un grand nom pour soutien?

Quoi qu'il arrive de ce que l'opuscule que nous publions peut contenir de nouveau, nous saurons, s'il le faut, mettre en pratique cette maxime de l'Hippocrate anglais : *Si qui reperiantur, qui vitio statim vertunt, si quis novi aliquid, ab illis non prius dictum, vel etiam inauditum, in medium proferat, hujus modi ego homines æquo me animo laturum spero.* (SYDENHAM, *Opera Medica*, t. I, p. 4, édit. M DCC XXXVI.)

NOUVELLES RECHERCHES

SUR

LE RHUMATISME

ARTICULAIRE AIGU EN GÉNÉRAL,

ET SPÉCIALEMENT SUR

LA LOI DE COINCIDENCE DE LA PÉRICARDITE ET DE L'ENDOCARDITE AVEC CETTE MALADIE (1),

AINSI QUE SUR L'EFFICACITÉ DE LA

FORMULE DES ÉMISSIONS SANGUINES COUP SUR COUP

DANS SON TRAITEMENT.

Considérations préliminaires.

Il semble, au premier abord, que rien ne soit plus banal, et pour ainsi dire plus rebattu, que l'histoire du rhumatisme en général et du rhumatisme articulaire aigu en particulier. Il n'en est rien cependant, et j'ose espérer que les recherches qui sont l'objet de ce travail offriront quelque intérêt et quelque nouveauté. Elles

(1) L'inflammation de la membrane interne des vaisseaux accompagne souvent aussi le rhumatisme articulaire aigu, et je me propose de traiter plus tard ce sujet, qui n'est en quelque sorte qu'une annexe de celui qui va nous occuper ici.

prouveront, si je ne me trompe, que sur ce sujet, ainsi que sur tant d'autres, il restait encore à glaner après nos devanciers, et qu'il devait subir cette grande loi de progrès et de réforme, qui anime, féconde et régit toutes choses en médecine comme ailleurs.

Le point de vue le plus neuf et le plus curieux de ces recherches est, sans contredit, la coïncidence de l'inflammation du tissu séro-fibreux interne et externe du cœur (endocardite et péricardite *rhumatismales*) avec le rhumatisme articulaire aigu.

Il y a trois ans environ que des observations recueillies avec soin me firent entrevoir cet important rapport. Voici, d'ailleurs, à quelle occasion je fus conduit à fixer toute mon attention sur le grand fait qui nous occupe. En auscultant les bruits du cœur chez quelques individus, atteints encore ou déjà convalescens d'un rhumatisme articulaire aigu, je ne fus pas médiocrement surpris d'entendre un fort bruit de râpe, de scie ou de soufflet, tel que je l'avais si souvent rencontré dans les cas d'induration *chronique* ou *organique* des valvules, avec rétrécissement des orifices du cœur. Or, toutes les circonstances s'opposaient à ce qu'on pût soupçonner une affection de cette espèce, chez la plupart des rhumatisans alors soumis à notre observation. En effet, plusieurs étaient pour la

première fois atteints de rhumatisme articulaire, et avaient joui jusque là de la plus parfaite santé. Je me rappelai alors quelques autres cas de maladie aiguë du cœur, pendant le cours de laquelle j'avais entendu le bruit de soufflet ou de râpe, et je résolus d'explorer attentivement le cœur et ses fonctions chez tous les rhumatisans que je rencontrerais. Grâce à cette exploration, je ne tardai pas à reconnaître qu'une affection aiguë du cœur, dans les cas de rhumatisme articulaire aigu *généralisé*, avec fièvre violente, n'était point un simple accident, une complication rare, pour ainsi dire fortuite, mais bien un *accompagnement* des plus ordinaires de cette maladie.

Nous allons tâcher de déterminer la *loi* précise de cette coïncidence dans le premier chapitre de ces Recherches : toutefois j'exposerai d'abord, dans la note ci-dessous, l'état où se trouvait la science avant nos travaux (1).

(1) Il y a bien long-temps déjà qu'on avait vaguement parlé de *goutte remontée au cœur*, de *rhumatisme qui se porte sur le cœur*, etc., etc. Mais, outre qu'on n'avait nullement déterminé la *nature* de ces *métastases goutteuses ou rhumatismales*, elles étaient considérées comme des *accidens* et non comme des événemens fort ordinaires.

Plus tard, quelques observateurs, en parlant des métastases rhumatismales, placèrent, à la vérité, la péricardite au nombre des *accidens* que ces métastases pouvaient entraîner; mais ils ne s'en occupèrent que fort légèrement, et pour ainsi dire en pas-

sant. Il ne sera pas, d'ailleurs, hors de propos de faire connaître, avec quelques détails, la doctrine de plusieurs auteurs célèbres sur cette matière.

Et d'abord, n'est-ce pas une chose assez singulière que l'un des plus grands observateurs de la fin du dernier siècle, Stoll, n'ait absolument rien dit de l'inflammation rhumatismale du cœur, lui qui a si longuement et si heureusement insisté sur tant d'autres fluxions ou inflammations rhumatismales, telles que la pleurésie, l'angine, la dysenterie, le coryza, le catarrhe, et la phrénésie elle-même?

Dans un passage de son immortel *Essai sur les maladies du cœur*, Corvisart a dit : « qu'il était tenté de regarder, entre autres, » comme cause fréquente d'une des trois espèces d'adhérence du » péricarde qu'il admet, les affections rhumatisantes et goutteuses; » et cependant, en traitant des causes de la péricardite en général, cet illustre médecin ne dit aucun mot de la coïncidence de cette maladie avec le rhumatisme articulaire.

M. Laënnec n'a point signalé non plus cette coïncidence.

Elle paraît avoir également échappé à M. Chomel, ainsi qu'on peut s'en assurer en lisant sa dissertation inaugurale sur le rhumatisme, et plusieurs des *comptes-rendus de sa clinique*. Il n'en est point question, par exemple, à propos des dix-huit cas de rhumatisme qui font partie du résumé de l'année 1833, ni à l'occasion des quarante-neuf cas de la même maladie que contient le résumé de l'année scolaire 1834-1835, bien que, dans ce dernier résumé, on ait consacré quelques lignes au siége du rhumatisme dans les organes intérieurs. (*Lancette française*, n°s des 10 septembre 1833, et 1er octobre 1835.)

Après avoir rapporté (*Clinique médicale*, tome 1er, 2e édit. 1829) une observation de péricardite, consécutive à la disparition d'un rhumatisme, et qui fut mortelle en vingt-sept heures, M. le professeur Andral s'exprime ainsi dans une note : « La mé» tastase rhumatismale n'est pas toujours suivie de la production « d'une péricardite, d'une pleurésie, ou d'une pneumonie. Ce qui prédomine en plus d'un cas de ce genre, c'est la lésion de

» fonction, qui est plus grave que ne paraît être la lésion de tex-
» ture... La même cause qui, dans un même jour, produira des
» douleurs dans dix articulations différentes qu'on verra revenir
» à l'état sain aussi rapidement qu'elles étaient devenues malades
» cette même cause, dis-je, peut donc, lorsqu'elle vient à porter
» son influence sur quelque partie interne, y déterminer 1° une
» simple modification d'action ou *dynamique* ; 2° une lésion
» d'organisation. Cette seconde lésion n'est que consécutive à la
» première, et est plus rare qu'elle. »

Ces réflexions de M. le professeur Andral sont, au fond, parfaitement justes. Nous pensons seulement qu'il ne faudrait pas toujours confondre, *sous le point de vue du siége*, et les *modifications d'action et la lésion d'organisation* qui peuvent survenir, lorsque la cause rhumatismale *porte son influence sur quelque partie interne*. Mais je reviendrai plus loin sur ce point délicat de l'histoire des affections rhumatismales.

Dans son beau mémoire sur la péricardite, M. Louis, en traitant des causes de la maladie, n'a point parlé de sa coïncidence avec le rhumatisme articulaire aigu.

Dans le passage suivant de l'introduction de son ouvrage sur les maladies du cœur, M. le docteur Hope s'est aussi occupé du sujet que nous étudions : « Dans le rhumatisme aigu, dit-il, il
» n'y a pas de danger plus commun et plus formidable que l'in-
» flammation du cœur et de ses membranes. Si on la néglige
» quand elle existe à un haut degré (et même alors elle constitue
» une des maladies les plus obscures et les plus insidieuses), le
» malade succombe presque toujours aux effets immédiats de
» l'attaque, ou vit encore un peu de temps, martyr d'une in-
» curable affection organique du cœur. » A l'époque où j'ai fait les recherches consignées dans le *Traité clinique des maladies du cœur*, je n'avais aucune connaissance de cette assertion de M. Hope, au développement de laquelle il n'a, d'ailleurs, destiné aucune partie de son ouvrage. S'il eût bien observé un grand nombre de cas de péricardite *rhumatismale*, il n'aurait pas écrit que le *malade succombe presque toujours aux effets immédiats de cette maladie portée*

à un haut degré, et que même, alors, elle constitue une des maladies les plus obscures et les plus insidieuses. Quiconque lira de bonne foi l'ouvrage, d'ailleurs excellent, de M. Hope, conviendra que cet habile observateur n'a guère ajouté à ce qu'on savait avant lui sur la coïncidence du rhumatisme articulaire aigu avec la péricardite, et que la coïncidence plus fréquente encore peut-être de la même maladie avec l'endocardite. n'était guère connue de lui.

Il est si vrai que M. Hope n'avait pas approfondi cette grave question, qu'il n'en a pas même dit un seul mot dans le chapitre qu'il a consacré à l'inflammation de l'intérieur du cœur et des artères, chapitre où il n'a presque fait que répéter ce que nous avions dit nous-même dans le *Traité des maladies du cœur* de 1824, en nous occupant du même sujet. Jusqu'à nous, cette inflammation était si peu connue, qu'elle n'avait pas même encore reçu de nom particulier, et qu'elle n'avait point été décrite à part.

Au reste, une preuve sans réplique de la nouveauté du fait que nous signalons, c'est que, comme nous le verrons plus loin, il est assez généralement contesté encore aujourd'hui, malgré ce que nous en avons dit dans le *Journal hebdomadaire*, dans le *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, dans le *Traité clinique des maladies du cœur* surtout, et malgré ce qu'ont écrit à ce sujet plusieurs jeunes médecins qui ont assisté à notre clinique, au premier rang desquels je placerai M. le docteur Desclaux. (Voy. sa Dissert inaugur.; Paris, 1835.)

CHAPITRE PREMIER.

DÉTERMINATION DE LA LOI DE COINCIDENCE DE L'ENDOCARDITE ET DE LA PÉRICARDITE OU INFLAMMATION DU TISSU SÉRO-FIBREUX INTERNE ET EXTERNE DU COEUR, AVEC LE RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU.

Je diviserai ce chapitre en deux articles : dans le premier, j'exposerai les *généralités* de mon sujet, et je dirai dans quel *rapport exact* l'endocardite et la péricardite coïncident avec le rhumatisme articulaire aigu ; dans le second, je consignerai succinctement un certain nombre de nouveaux faits particuliers à l'appui de ce que j'aurai avancé.

ARTICLE PREMIER.

Exposition générale et discussion du sujet.

§ Ier.

Avant de résumer les nouveaux faits à l'épreuve desquels j'ai soumis dans le présent travail, ce que j'avais annoncé précédemment ailleurs sur la coïncidence de l'endocardite et de la péricardite avec le rhumatisme articulaire aigu, il importe de consigner ici les passages du *Traité clinique*

des maladies du cœur qui sont relatifs à ce sujet. Les voici :

« La péricardite existe chez la moitié environ » des individus affectés d'un violent rhumatisme » articulaire aigu. Sous ce point de vue, la péri- » cardite n'est, en quelque sorte, qu'un des élé- » mens de la maladie dite rhumatisme articu- » laire aigu; laquelle, considérée d'une manière » plus large et plus exacte qu'on ne l'a fait jus- » qu'ici, constitue une inflammation de tous les » tissus séro-fibreux en général, développée » sous une influence spéciale. Or, le péricarde » étant de nature séro-fibreuse, comme le tissu » où réside le rhumatisme articulaire propre- » ment dit, il n'est pas étonnant que la péricar- » dite coïncide si souvent avec ce dernier; que » le rhumatisme du péricarde, en un mot, ait » lieu dans les circonstances qui produisent un » rhumatisme des synoviales articulaires et des » tissus fibreux sur lesquels elles se déploient, » lequel n'est, pour ainsi dire, qu'une péricar- » dite articulaire.

» L'endocardite, à l'instar de la péricardite, » se manifeste sous les mêmes influences que le » rhumatisme articulaire aigu, pendant le cours » duquel on la voit souvent éclater. Toutefois, » bien que cette phlegmasie puisse ainsi se déve- » lopper d'une manière purement *métastatique*,

» suivant l'expression de certains pathologistes, » il n'en est pas moins vrai que, le plus souvent, » du moins d'après les faits qui nous sont pro» pres, le tissu séro-fibreux interne du cœur se » prend *en même temps* que celui des articu» lations.

» Au reste, n'oublions pas que l'endocardite » et la péricardite rhumatismales marchent pres» que toujours de compagnie.

» Jusqu'ici, les phlegmasies aiguës du cœur » concomitantes du rhumatisme, avaient été en» tièrement méconnues dans la très grande ma» jorité des cas; et comme elles n'avaient point » été combattues convenablement, plusieurs ont » dû passer et sont effectivement passées à l'état » chronique. De là ces lésions organiques du » cœur, sur l'origine desquelles si peu d'auteurs » nous avaient laissé quelques données satisfai» santes; de là de graves lésions dans les valvules, » et par suite ces *asthmes goutteux* de certains » praticiens.

» Et qu'on ne croie pas que les idées ci-dessus » énoncées constituent une de ces oiseuses théo» ries auxquelles les bons esprits ont désormais » renoncé sans retour. Non, non; et chaque jour, » au lit des malades, les vrais observateurs pour» ront apprécier à leur juste valeur les réflexions » que nous soumettons à leur jugement éclairé.

» Qu'ils assistent à ces cliniques où l'on voit les » rhumatismes articulaires aigus durer trente, » quarante jours et au-delà, et ils verront si, » comme le soutiennent quelques classiques » praticiens, la réaction fébrile qui survit à la » période inflammatoire du rhumatisme, est » une nouvelle espèce de *fièvre essentielle*, ou si » elle ne se rattache pas, au contraire, dans un » grand nombre de cas, soit à une péricardite, » soit à une endocardite, soit à une endo-péri- » cardite, méconnues. »

Les propositions que nous venons d'extraire du *Traité clinique des maladies du cœur*, ne sont pas, je le répète, de ces vaines hypothèses, si justement bannies du domaine de la médecine *exacte et positive*, mais bien de ces assertions qui découlent naturellement et comme d'elles-mêmes du rapprochement d'un grand nombre de faits bien *observés*, bien *comptés* et bien *pesés*. Il s'agit maintenant de rappeler ces faits aux lecteurs, que nous renvoyons pour les détails à l'ouvrage où ils ont été rapportés.

§ II.

Le nombre des observations particulières contenues dans les deux chapitres du *traité* indiqué consacrés à la *péricardite* et à l'*endocardite*, s'élève à 92, savoir : 37 pour la péricardite, et 55 pour

l'endocardite. Or, sur ces 92 observations, on en compte 31, dans lesquelles la péricardite et l'endocardite coïncidaient avec un rhumatisme articulaire, savoir : 17 pour la péricardite, et 14 pour l'endocardite. Ainsi donc, la moitié des péricardites environ et un quart des endocardites existaient chez des individus rhumatisans. Par conséquent aussi, chez le tiers environ des sujets affectés de la péricardite ou de l'endocardite, on avait constaté la présence d'un rhumatisme articulaire (1).

Il est démontré par ces chiffres, encore une fois, que l'inflammation du péricarde et de l'endocarde a coïncidé avec un rhumatisme articulaire dans le tiers des cas. Mais nous sommes loin de prétendre que, pour les deux autres tiers des cas, il n'en soit aucun dans lequel ait existé un rhumatisme articulaire. En effet, il est beaucoup de ces cas qui manquent de détails étiologiques ; et il nous paraît assez probable que parmi ces derniers, un certain nombre appartenait aussi à la catégorie de la péricardite et de l'endocardite *rhumatismales*.

§ III

Parmi les circonstances qui auraient pu mettre

(1) Voyez les observations 8e, 9e, 12e, 13e, 14e, 15e, 16e, 17e, 18e, 19e, 27e, 30e, 31e, 32e, 33e, 34e, 35e, 41e, 42e, 51e, 52e, 81e, 84e, 85e, 86e, 87e, 88e, 89e, 90e, 91e et 92e du *Traité clinique des maladies du cœur*.

au moins sur la voie de la découverte du fait que nous développons, on doit, sans doute, placer au premier rang cette fièvre violente, avec *palpitations*, avec pouls plein, fort et vibrant, quelquefois irrégulier, intermittent, qui survit assez souvent à la fluxion articulaire. Pour trouver l'explication de cette sorte de mystère pathologique, pour localiser enfin la *fièvre rhumatismale sans rhumatisme*, comme on dit, il eût suffi de soumettre à une attentive et rigoureuse exploration l'état du système circulatoire en général (le sang compris), et celui du cœur en particulier. Mais on n'y songea point : quelques praticiens paraissent avoir fait mieux. Par un reste d'attachement pour la doctrine de l'*essentialité* de tant de *fièvres*, ce dogme révéré, dont, malgré leurs efforts, la découverte des phlegmasies du tube digestif, de celle surtout des plaques de Peyer, avait sapé les fondemens, ils *essentialisèrent*, en quelque sorte par compensation, la fièvre dite rhumatismale. Il est vrai qu'ils sont sur le point de la *désessentialiser* à leur manière ; et, si nous en croyons un journal, on rapporterait la fièvre *rhumatismale sans rhumatisme* à la *fièvre typhoïde*, c'est-à-dire à une fièvre qui a pour *caractère anatomique une affection des plaques de Peyer*.

Cette localisation nous paraît assez malheureuse, au moins dans les cas où tous les signes

d'une péricardite ou d'une pleurésie avec épanchement, d'une endocardite, etc., sont tellement évidens, qu'ils ne sauraient échapper à l'œil le moins exercé. On dirait, en vérité, que certains observateurs ne sont pas moins habiles à trouver ce qui n'existe pas, qu'à méconnaître ce qui existe réellement.

§ IV.

Quoi qu'il en soit, ainsi que nous l'avons rappelé ci-dessus, nous avons avancé ailleurs (*Traité clinique des maladies du cœur*), que dans la moitié des cas environ de rhumatisme articulaire aigu, cette maladie *coïncidait* avec une inflammation du double tissu séro-fibreux du cœur.

Le chiffre de cette coïncidence ou de ce *rapport* n'a pas manqué d'être taxé d'exagération ; et il n'est pas de sorte d'argumens qu'on ne nous ait opposés. Voici les deux principales objections : Ceux-ci nous ont reproché *d'imaginer* la péricardite et l'endocardite ; ceux-là ont répondu à notre assertion, que si effectivement nous avions rencontré si fréquemment la péricardite et l'endocardite, cela tenait à la *constitution médicale*, et qu'il ne fallait pas généraliser une exception, un fait de coïncidence accidentelle.

Quant à la première objection, ou plutôt à la

première accusation, elle n'est pas assez polie, ni assez médicale, pour que nous y répondions sérieusement (1). Quant à la seconde, nous en appelons aux futures *constitutions médicales*, et nous aurons la plus grande obligation à ceux qui, comme M. le professeur Chomel, dans le dernier résumé de sa clinique, déjà cité, pourront nous offrir 49 cas *bien observés* de rhumatisme articulaire aigu, dans lesquels on ne signalera aucun exemple de péricardite ou d'endocardite. Nous ne pouvons nous empêcher de faire remarquer, à cette occasion, que le relevé dont il s'agit répond victorieusement à l'objection ci-dessus présentée, savoir que la *constitution médicale* a été la cause de la coïncidence de ces deux maladies avec le

(1) Un jeune confrère, qui nous paraît peu familier avec l'art difficile d'observer, et qui n'en publie pas moins de *prétentieux* articles sur cette matière dans un *Journal mensuel*, M. le docteur P... regarde comme une hypothèse la péricardite rhumatismale. Dans ses réflexions vraiment *rares et curieuses*, sinon *intéressantes*, sur un cas de rhumatisme articulaire aigu (observé dans le service de M. Chomel), avec persistance de la fièvre dans toute son intensité, lorsqu'au bout de douze jours, toute douleur, toute tuméfaction des jointures eut disparu; il s'exprime ainsi : « *Ce fait n'a rien de rare, et il n'est pas* » *besoin du tout pour l'expliquer d'invoquer, comme je l'ai entendu* » *faire dans une autre clinique,* L'HYPOTHÈSE *d'une péricardite, parce* » *que cette supposition, à l'aide de laquelle on cherche à secouer l'im-* » *portunité d'une fièvre primitive, n'en impose pas à ceux qui ont* » *quelque habitude du diagnostic des affections rhumatismales.* »

rhumatisme dans les cas que nous avons observés. En effet, nous avons recueilli ces faits à la même époque où M. Chomel rencontrait des faits en *apparence* opposés. Or, la *constitution médicale* était la même pour nous deux. Que signifie donc cette *apparente* contradiction? Que nous cherchions attentivement la péricardite et l'endocardite, et que d'autres ne les cherchaient pas. Et certes, c'est bien aussi en pareille matière que, pour trouver, il faut chercher, et chercher avec un grand soin, avec une persévérance que rien ne lasse et ne *rebute*.

§ V.

Quels sont donc, nous demandera-t-on, les

Savez-vous, cher lecteur, ce qu'il est besoin d'invoquer dans ce cas, quand on a le bonheur, comme M. P..., de posséder *quelque habitude du diagnostic des affections rhumatismales?* La maladie complaisante qu'il faut invoquer, direz-vous peut-être, est la fièvre typhoïde. — Vous n'y êtes pas. M. P... reproche, en effet, à M. le professeur Chomel de faire quelquefois une pareille invocation. Ce qu'il faut donc invoquer pour expliquer la fièvre *rhumatismale* sans *rhumatisme*, c'est, d'après M. P..., une *fièvre sudatoire*. Expliquer une *fièvre* par une *fièvre*, voilà certes une preuve sans réplique qu'on a une *grande habitude du diagnostic des affections rhumatismales*, et *quoi qu'on die*, la fièvre sudatoire est quelque chose de plus simple et de plus satisfaisant que ces pleurésies, ces péricardites, ces endocardites, et tous ces autres grands mots en *ite* que M. P... paraît avoir en horreur, et *qu'il prend*, peut-être, *pour des termes de chimie*... En vérité, M. P... votre *fièvre sudatoire me paraît bien trouvée!* Que ne proclamiez-vous plus tôt cette

signes certains d'une inflammation du tissu séro-fibreux du cœur (péricardite et endocardite)? Comme je les ai longuement exposés dans le *Traité clinique des maladies du cœur*, je me contenterai de rappeler ici les plus positifs.

L'existence d'une péricardite est certaine chez un individu affecté d'un rhumatisme articulaire aigu, lorsqu'on observe les symptômes suivans : matité de la région précordiale beaucoup plus étendue qu'à l'état normal (doublée, triplée dans tous les sens); voussure de la même région; battemens du cœur éloignés, peu ou nullement sensibles au toucher; bruits du cœur lointains, obscurs, accompagnés de différens bruits anormaux

belle découverte! Je me serais bien gardé, je vous jure, de *secouer l'importunité d'une fièvre primitive*, à l'aide de l *hypothèse*, suivant votre heureuse et ingénieuse expression, de la péricardite ou de toute autre chose pareille. Aurais-je trouvé de la matité, de la voussure à la région précordiale, un bruit de râpe, de soufflet, de cuir neuf, etc., c'est la *fièvre sudatoire!* me serais-je écrié en vous rendant grâce ; la *voilà! ce n'est point une hypothèse, nous la tenons!* Il est bien vrai que j'ai vu suer des fébricitans, et par exemple, ceux qui ont une simple fièvre intermittente, sans voussure à la région précordiale, sans matité, voire même sans bruit de râpe ou de soufflet du cœur; mais ce sont là des bagatelles dont *Hippocrate* n'a point parlé et qui ne font rien à la chose. Demandez-le plutôt à M. P..., *qui a une si grande habitude de* la clinique en général, *de la clinique des affections rhumatismales en particulier,* et auquel il sied par conséquent si bien de nous donner à tous *des leçons*.

dont les uns dépendent du frottement des feuillets opposés du péricarde l'un contre l'autre, et dont les autres proviennent quelquefois de la complication de la péricardite avec une endocardite valvulaire. Une douleur plus ou moins vive à la région précordiale, des palpitations, des irrégularités, des inégalités, des intermittences du pouls, se joignent quelquefois aux symptômes précédens.

La coïncidence d'une endocardite avec un rhumatisme articulaire aigu, est, pour nous, certaine, lorsque les signes suivans se présentent:

Bruit de soufflet, de râpe ou de scie dans la région précordiale, laquelle rend un son mat dans une étendue beaucoup plus considérable qu'à l'état normal, et présente aussi quelquefois, mais à un moindre degré que dans la péricardite avec épanchement, une saillie, une voussure anormale; les battemens du cœur soulèvent fortement la région précordiale, et ils sont assez souvent irréguliers, inégaux, intermittens, accompagnés parfois d'un frémissement vibratoire. Pouls dur, fort, vibrant, inégal, intermittent, comme les battemens du cœur.

On voit, par ce qui précède, qu'il y a des signes *communs* pour la péricardite et l'endocardite, et que les signes *différentiels* physiques ne sont pas toujours très tranchés. Aussi se présen-

te-t-il des cas dans lesquels il est assez difficile de déterminer s'il existe une péricardite ou une endocardite, et si l'une de ces deux maladies, une fois bien reconnue, existe seule ou combinée avec l'autre. Ces cas sont ceux où la péricardite peut exister sans épanchement notable et avec production seulement de pseudo-membranes. Alors, en effet, les battemens du cœur sont sensibles au toucher, comme dans l'endocardite simple, et le bruit de scie ou de soufflet, le frémissement vibratoire de la région précordiale, peuvent se présenter dans ce cas comme dans l'endocardite. Au reste, on conçoit que cette distinction est réellement plus curieuse qu'utile. Il suffit, en effet, au praticien de savoir que l'une des deux maladies existe, puisque le traitement reste essentiellement le même, soit qu'il y ait seulement péricardite ou endocardite, soit qu'il y ait endo-péricardite.

Encore une fois, dans les cas bien tranchés, rien n'est plus aisé, avec de l'expérience et de l'habitude, que de reconnaître la présence d'une endocardite, ou d'une péricardite, ou d'une endo-péricardite rhumatismales. Mais, pour ces phlegmasies comme pour toutes les autres, il est des degrés légers, et je conviens que dans ces cas le diagnostic offre plus de difficultés et moins de certitude. Ce n'est réellement que par une

longue fréquentation des hôpitaux, que l'on peut acquérir l'habileté nécessaire pour un tel diagnostic. Ce n'est pas, au reste, par des faits de cette dernière espèce que nous prétendons pouvoir démontrer la loi de coïncidence de l'endocardite et de la péricardite avec le rhumatisme articulaire aigu. Nous ferons seulement remarquer en passant que ce dernier serait bien souvent méconnu lui-même, dans les degrés légers, si, au lieu de constituer des parties extérieures, les articulations se trouvaient métamorphosées en des organes intérieurs; et cependant, pour avoir été méconnu, il n'en aurait pas moins existé : *tel est précisément le rhumatisme du tissu séro-fibreux du cœur*.

Que, si les individus chez lesquels on a constaté les signes que nous venons d'exposer succombent, l'autopsie cadavérique fait reconnaître les caractères anatomiques de la péricardite ou de l'endocardite, ainsi que le prouvent les observations 1re, 4e, 5e, 6e, 7e, 13e, 14e, 19e, 43e, 45e, etc., du *Traité clinique des maladies du cœur*.

C'est ici le lieu de revenir sur la distinction qu'il est si important d'établir entre la simple *modification d'action ou dynamique* et *la lésion d'organisation*, qui, comme l'a très bien dit M. Andral, peuvent être également déterminées

par la *cause rhumatismale, lorsqu'elle vient à porter son influence sur quelque partie interne.*

Pour distinguer entre elles les deux espèces de lésion dont il s'agit, en ce qui concerne le cœur, il est indispensable de faire l'usage le plus éclairé des signes fournis par les méthodes *physiques* d'exploration, telles que la percussion et l'auscultation. Sans cela, la distinction est complètement impossible; et c'est parce qu'on s'en tient aux données fournies par les signes dynamiques, *fonctionnels*, tels que les palpitations, l'irrégularité, les intermittences des battemens du cœur et du pouls, etc., que journellement on prend pour des *lésions organiques du cœur*, de simples *affections nerveuses* et réciproquement. La fréquence des erreurs de cette espèce serait vraiment presque incroyable, si l'on ne savait combien de praticiens sont encore de nos jours trop peu familiarisés avec les méthodes de la percussion et de l'auscultation; et, ce qui mérite d'être remarqué, c'est que plusieurs médecins commettent cette erreur sur eux-mêmes. Il serait trop long de détailler ici tout ce qu'il convient de faire pour éviter l'erreur qui nous occupe; il me suffira de rappeler que *jamais les lésions dites nerveuses ou dynamiques* du cœur, LORSQU'ELLES SONT PURES ET SIMPLES, ne produisent les signes physiques exposés plus haut. Ainsi

donc, toutes les fois qu'on observera des douleurs, *des palpitations dans la région précordiale, des irrégularités, des intermittences, dans les battemens du cœur, avec ou sans imminence de syncope, oppression*, etc., et que ces phénomènes *dynamiques* ne seront pas accompagnés de matité anormale dans la région précordiale, de bruit *permanent* de soufflet, de scie ou de râpe, etc., etc., on peut être certain qu'il n'existe point réellement d'endocardite ou de péricardite.

Si les phénomènes *dynamiques* ou *fonctionnels* dont il s'agit se lient à une affection rhumatismale extérieure, la lésion dont ils dépendent est à l'endocardite et à la péricardite ce que sont les névralgies simples rhumatismales des membres à l'arthrite également rhumatismale. Cette lésion est une sorte de *névralgie rhumatismale du cœur*, soit isolée, soit combinée à la névralgie des nerfs phréniques, intercostaux, etc. Mais la *névralgie* du cœur s'exprime, se traduit par une lésion de mouvement, et non par une douleur véritable, parce que les nerfs du cœur sont des nerfs du mouvement et non du sentiment; et, sous ce point de vue, le mot *névralgie* ne convient pas ici, non plus que dans les cas où la lésion que représente ce mot affecte des nerfs extérieurs destinés seulement au mouvement, tel que celui

de la septième paire (nerf facial), par exemple (1).

§ VI.

Une objection que l'on ne manquera pas de nous faire, sera celle-ci : il est reconnu, dira-t-on, par tous les médecins, que rien n'est plus grave que l'inflammation du cœur ; or, le rhumatisme articulaire aigu n'entraîne presque jamais la mort ; donc il n'est pas possible que cette inflammation du cœur soit aussi commune que vous le soutenez.

Le vice de cette argumentation est facile à faire ressortir. En effet, l'inflammation du cœur n'a jusqu'ici paru aussi funeste que par la raison qu'on ne reconnaissait guère cette inflammation que chez les individus qui succombaient. Déjà, M. Louis, dans son mémoire, a prouvé qu'on avait exagéré la gravité de la péricardite. Les faits qui me sont propres font plus que confirmer l'assertion de M. Louis en ce qui concerne la péricardite, et, de plus, ils ne permettent pas de douter que l'endocardite intense, bien que plus grave, en général, que la péricardite, ne laisse vivre un

(1) Je regrette que l'espace me manque ici pour approfondir toutes les questions que soulève l'étude du *rhumatisme des nerfs*, et spécialement du névrilème.

bon nombre des individus qu'elle attaque, même quand le traitement a été manqué.

Toutefois, s'il est vrai que les inflammations aiguës du cœur sont bien moins funestes qu'on ne l'avait prétendu, il n'est que trop certain aussi qu'en se prolongeant, elles laissent ordinairement à leur suite *des lésions dites organiques* auxquelles les individus finissent par succomber, quand elles affectent des parties dont les fonctions sont nécessaires à la vie. C'est là précisément ce qui arrive, lorsque l'endocardite a été suivie de l'épaississement, de l'induration, des adhérences, des végétations des valvules, avec déformation, insuffisance de ces soupapes organisées, rétrécissement des orifices, dilatation des cavités, hypertrophie de la substance musculaire, etc.

J'appliquerai, si l'on veut, d'ailleurs (toutefois, avec les restrictions convenables), à la péricardite et à l'endocardite rhumatismales ce que Stoll a dit des autres inflammations rhumatismales, savoir, qu'elles sont, en général, moins graves que l'*inflammation vraie* de cet auteur (1). Il me

(1) Je suis obligé d'avouer néanmoins que je n'ai pu trouver dans Stoll une définition précise de ce qu'il appelle l'*inflammation vraie*, et de ce qu'il désigne sous le nom d'*inflammation rhumatismale*. Je suppose que, par la première de ces expressions, il a voulu dire une inflammation fixe, en quelque sorte phlegmoneuse et se terminant par la suppuration. Nous verrons plus loin

semble qu'une des principales causes de cette différence vient de ce que l'*inflammation* dite *rhumatismale* s'étendant en général beaucoup en surface mais peu en profondeur, tandis que l'*inflammation vraie* de Stoll acquiert en profondeur et en intensité ce qu'elle perd en étendue, la première doit céder bien plus facilement que la seconde. On dirait que, dans l'inflammation rhumatismale, les nombreuses parties dans lesquelles siège la maladie jouent, en quelque sorte, les unes par rapport aux autres, le rôle de *révulsifs*, et que le sang et l'influx nerveux, sollicités à la fois vers tant de points différens, ne peuvent s'y porter en quantité suffisante pour constituer une profonde et *tenace* inflammation. Quoi qu'il en soit de ces vues rationnelles, dont je ferai aussi bon marché qu'on voudra, toujours est-il que la péricardite et l'endocardite rhumatismales ne sont pas aussi graves qu'on aurait pu le soupçonner *à priori*, et que la péricardite en particulier, la seule de ces deux phlegmasies sur laquelle les auteurs nous eussent légué quelques connaissances assez précises, n'est pas presque constamment mortelle, comme Corvisart nous l'enseignait.

que la différence qui existe entre les deux espèces d'inflammation comparées par Stoll, ne se rapporte pas réellement à leur nature, qui est toujours la même, mais à leur *degré*, à leur *forme*, à leur *siége*, à leurs *causes*, toutes choses fort variables.

§ VII.

Mais en voilà trop sur ce point; hâtons-nous de rapporter brièvement les nouveaux faits que nous avons recueillis, et résumons-les d'abord dans le présent paragraphe.

Depuis le commencement du mois d'août 1835 jusqu'au commencement du mois d'octobre suivant, j'ai recueilli vingt nouveaux cas de rhumatisme articulaire, soit récent, soit ancien, dont voici le résumé sous le point de vue qui nous occupe.

J'ai partagé ces vingt cas en trois catégories: la première catégorie comprend les cas relatifs à un rhumatisme articulaire aigu *généralisé*, accompagné d'une fièvre plus ou moins violente.

La troisième catégorie est affectée aux cas de rhumatisme articulaire léger, *apyrétique*.

Entre ces deux catégories, j'en ai placé une seconde contenant les cas dans lesquels une lésion dite organique du cœur s'est rencontrée chez des individus autrefois affectés d'un rhumatisme articulaire aigu prolongé et souvent *récidivé*. Cette catégorie de faits se lie étroitement aux deux autres. Elle vient à l'appui de la première, et, réciproquement, celle-ci vient à l'appui de l'autre. En effet, on ne connaît que la moitié

d'une maladie, quand on ne l'a étudiée qu'à l'état aigu. Pour la connaître tout entière, il faut l'avoir étudiée à l'état chronique. Or, qu'est-ce que cette *lésion organique du cœur* des sujets autrefois atteints de rhumatisme articulaire, sinon l'endocardite et la péricardite sous forme chronique, c'est-à-dire avec productions accidentelles, avec transformation, épaississement, induration des tissus autrefois enflammés, etc. ?

Commençons par les quatre derniers cas (17ᵉ, 18ᵉ, 19ᵉ et 20ᵉ), dans lesquels le rhumatisme fut apyrétique. La seule remarque que nous ferons à leur égard, c'est qu'ils existèrent sans aucune affection des membranes séro-fibreuses du cœur. Ils confirment ce que nous avions déjà conclu de cas semblables, antérieurement observés, savoir que la *loi* de coïncidence de l'endocardite et de la péricardite avec le rhumatisme articulaire aigu ne s'applique réellement, à quelques exceptions près, qu'aux cas dans lesquels cette maladie est accompagnée de fièvre et généralisée (1).

Parmi les neuf cas de la première catégo-

(1) Toutefois, il est quelques cas dans lesquels l'affection des articulations est légère, presque apyrétique, très mobile, et qui néanmoins nous présentent la coïncidence signalée. Nous en avons dans ce moment (27 octobre 1835), un très bel exemple chez le malade du n° 4, de la salle Saint-Jean-de-Dieu. Chez lui, l'affection du cœur ne s'est bien dessinée que quatre à cinq

rie, il en est six où l'on trouvait les signes les plus certains d'une inflammation *rhumatismale* du tissu séro-fibreux du cœur (1er, 2e, 3e, 7e, 8e et 9e). Dans les trois autres cas, cette coïncidence fut moins évidente. Toutefois, elle existait réellement chez les sujets de deux de ces cas (4e et 5e), et chez un seul seulement elle nous parut douteuse (6e cas).

Ainsi donc, huit fois sur neuf, un rhumatisme aigu de plusieurs articulations a été accompagné d'un rhumatisme du tissu séro-fibreux du cœur.

Les sept cas compris dans la seconde catégorie ne peuvent pas n'être pas pris en sérieuse considération dans la question qui nous occupe, bien que l'affection organique du cœur (à laquelle était jointe, chez quelques malades, une lésion organique de l'aorte) ne se liât pas à un rhumatisme articulaire actuellement existant, mais bien à d'anciennes attaques de cette maladie. En effet, serait-ce par un simple effet du hasard que, sur sept cas de cette maladie, il ne s'en trouvât aucun dans lequel elle n'eût été précédée

jours après l'entrée, et pendant ces quatre ou cinq jours, les genoux et le poignet droit avaient été tour à tour le siége d'une fluxion que vingt-quatre heures suffisaient pour dissiper ; le pouls était à 84-92 par minute. Dans des cas de ce genre, le rhumatisme se localise, se concentre sur le cœur comme il se concentre d'autres fois sur le genou, le pied ou la main.

d'un rhumatisme violent et de très longue durée? Pourrait-on soutenir une pareille opinion en face de ces autres faits dans lesquels un rhumatisme articulaire aigu actuellement existant est si souvent accompagné d'une endocardite ou d'une péricardite, c'est-à-dire d'un rhumatisme du tissu séro-fibreux du cœur? Ne vaut-il pas mieux reconnaître que, comme nous avons essayé de le démontrer ailleurs (*Traité clinique des maladies du cœur*), c'est à cette dernière maladie, méconnue jusqu'ici, qu'il faut faire remonter une bonne partie des lésions dites organiques du cœur (1)?

En définitive, la conclusion à tirer de ces nouveaux cas, prouve-t-elle que nous avions exagéré en disant que dans la *moitié* des cas de rhumatisme articulaire aigu, généralisé, avec fièvre

(1) Ce n'est pas à dire pour cela que toutes les lésions organiques du cœur se rattachent à une ancienne affection rhumatismale : nous avons fait voir le contraire dans le *Traité clinique des maladies du cœur*. Mais plus on se familiarisera avec l'étude approfondie de ces maladies, plus on se convaincra de la vérité de ce que nous disons. Combien de fois n'ai-je pas annoncé d'avance la préexistence d'un rhumatisme articulaire aigu chez les individus atteints d'une *affection organique du cœur*, et *combien de fois* cette sorte de *prédiction* ne s'est-elle pas trouvée juste !

considérable, le tissu séro-fibreux du cœur se trouvait pris de la même manière que celui des articulations?

Ne doit-on pas, au contraire, formuler la loi de cette coïncidence ainsi qu'il suit : dans la grande majorité des cas de rhumatisme articulaire aigu *généralisé*, fébrile, il existe, à un degré variable, un rhumatisme du tissu séro-fibreux du cœur? Cette coïncidence est donc la *règle*, et la non-coïncidence, l'*exception*.

ARTICLE SECOND.

Nouvelles observations particulières à l'appui de la doctrine précédente.

PREMIÈRE CATÉGORIE.

Cas de rhumatisme articulaire aigu *généralisé*, avec fièvre plus ou moins violente.

Premier cas.

Le 26 septembre 1835, M. le docteur Bouvier, alors chargé du service de M. Rullier, à la Charité, me fit engager à venir voir le malade couché au n° 14 de sa salle, lequel offrait les signes

d'une affection du cœur coïncidant avec un rhumatisme articulaire aigu.

C'était un jeune homme de dix-neuf ans, qui était entré le 3 septembre à l'hôpital. Le rhumatisme articulaire pour lequel il fut admis datait déjà d'une semaine environ, était accompagné d'une forte fièvre, et avait envahi la presque totalité des articulations.

Le premier et le second jour de son entrée, on fit prendre au malade une potion avec huit grains d'émétique; il survint de copieuses évacuations par haut et par bas, sans notable soulagement. Les jours suivans, trois saignées furent pratiquées; puis on laissa marcher la maladie. Cependant deux saignées nouvelles furent encore faites, et, lorsqu'on eut reconnu une complication du côté du cœur, on recourut à une application de sangsues à la région précordiale.

Le 26 septembre, voici ce que j'observai :

A peine eus-je appliqué la main sur la région précordiale, que je sentis un très beau frémissement vibratoire, ce qui me fit annoncer aussitôt l'existence d'un bruit de soufflet, de râpe ou de scie. En effet, en appliquant l'oreille sur la poitrine, on entendait un double bruit de scie, diffus, plus fort pendant la systole, avec sorte de râclement sec vers la pointe du cœur; ce bruit de frottement masquait le claquement valvulaire, ou

plutôt l'absorbait à peu près complètement. Les battemens du cœur se faisaient sentir distinctement à la main, dans une étendue plus considérable qu'à l'état normal, et la matité de la région précordiale occupait un espace au moins double de l'état normal (elle était de quatre à cinq pouces verticalement et transversalement), sans notable voussure de cette région, qui n'était douloureuse qu'à une assez forte percussion.

Les battemens du cœur et du pouls étaient très fréquens (124 par minute).

Les articulations des membres, celles des supérieurs surtout, étaient encore tendues, gonflées, douloureuses ; abattement ; amaigrissement ; teint un peu terne, comme terreux.

DIAGNOSTIC. — *Endo-péricardite* (1), *avec développement de toute la masse du cœur.*

Je revis ce malade le 4 octobre suivant : les articulations étaient dégagées, mais la fièvre persistait toujours à un haut degré (128 pulsations). Le corps du malade était couvert de *sudamina* (2).

(1) A cette époque, il nous sembla que la péricardite n'avait encore donné lieu qu'à l'exsudation de fausses membranes, qui étaient probablement une des causes du large bruit de frottement qu'on entendait : toutefois, le gonflement des valvules, et par suite le rétrécissement de quelque orifice, nous parut concourir à la production de ce phénomène.

(2) Le malade avait eu pendant plusieurs jours des sueurs très copieuses.

La matité de la région précordiale était alors accompagnée d'une voussure sensible, et la main appliquée sur cette région ne distinguait qu'assez obscurément les battemens du cœur (1). Le large bruit de scie est remplacé par un bruit de râpe qui ne masque pas complètement le claquement valvulaire.

23 octobre.— Fièvre avec 128-132 pulsations; le malade, immobile dans son lit, redoute le moindre contact, et des coussins soutiennent ses membres redevenus douloureux (il est aussi probablement écorché sur les parties qui supportent le poids du corps); sa peau est sèche, le marasme est très prononcé. Le malade ne nous a pas permis de percuter la région du cœur, mais nous avons noté les phénomènes fournis par le toucher, l'inspection et l'auscultation; la main sent assez obscurément les battemens du cœur, qui sont réguliers et sans frémissement vibratoire; la voussure est à peine marquée, mais elle n'est pas entièrement effacée; le bruit de râpe a diminué, sans doute, mais il est très distinct encore dans toute la région précordiale, et offre son maximum vers le point correspondant aux orifices gauches.

(1) La péricardite était sans doute accompagnée alors d'épanchement, et le bruit de râpe tenait à la lésion des valvules et des orifices.

La respiration est précipitée (32 inspirations par minute), la parole entrecoupée, comme s'il s'était formé un épanchement pleurétique, ce qui nous paraît probable. Point de douleur, à l'état de repos, soit dans la région du cœur, soit dans les côtés; le malade ne paraît pas tousser plus qu'à l'état sain.

On prescrit un huitième d'alimens. — Le malade ne paraît pas s'inquiéter, d'ailleurs, de l'état très grave où il se trouve, et se croit mieux que par le passé.

Deuxième cas.

Un cocher de fiacre, âgé de 35 ans, est entré le 12 août 1835 à la clinique (salle Saint-Jean-de-Dieu, nº 22), au cinquième ou sixième jour d'un violent rhumatisme articulaire aigu (les pieds, les genoux, les mains, les poignets, les coudes et les épaules sont pris).

Pas de voussure bien notable dans la région précordiale au moment de l'entrée; battemens tumultueux du cœur, sensibles à la main qu'ils repoussent avec force, à l'instar de véritables palpitations. Après plusieurs battemens précipités, survient une intermittence : le choc du cœur contre la paroi pectorale fait entendre à l'oreille, appliquée sur la région précordiale, un beau tintement métallique ou argentin.

Les bruits valvulaires (tic-tac du cœur) sont sourds et comme étouffés. La région précordiale rend un son mat dans une étendue de 3 pouces verticalement et transversalement.

Pouls fort, plein, développé, vibrant, offrant des intermittences et des irrégularités, comme les battemens du cœur, à 120 pulsations par minute; chaleur vive de la peau et sueurs.

Les 16 et 17, cinquième et sixième jours après l'entrée, le cœur était entièrement dégagé; battemens réguliers à 84-88; bruits valvulaires revenus à leur état normal, clairs. — Deux pouces de matité verticalement, deux pouces six lignes transversalement.

Le 20, un refroidissement est suivi d'une rechute : mêmes phénomènes du côté du cœur qu'au moment de l'entrée. Ces phenomènes cèdent encore au bout de quelques jours de traitement.

Le 24, nouveau refroidissement, nouvelle rechute, 124 à 128 pulsations. Les intermittences, les irrégularités du pouls et des battemens du cœur, l'obscurité des bruits, etc., se manifestent une troisième fois. Cet état persiste les deux jours suivans, diminue les 27 et 28, puis se dissipe. Le pouls est resté vibrant, les battemens du cœur très forts, long-temps après la cessation des intermittences avec obscurité des bruits.

Le 13 septembre, à la sortie du malade, il ne restait aucun signe de maladie du péricarde ou de l'endocarde, sinon un très léger *râpement* péricardique(1).

Six saignées du bras; deux applications de ventouses scarifiées, et deux vésicatoires sur la région précordiale, pendant le cours de la maladie.

Le sang retiré s'éleva à 28 palettes ou à 7 livres environ.

Malgré les rechutes diverses que le malade essuya par son imprudence, il était guéri le vingt-cinquième jour. Toutefois, il n'avait pas encore repris son embonpoint et ses forces ordinaires.

Troisième cas.

Une femme de 35 ans, d'un embonpoint vraiment monstrueux, fut couchée, le 25 août 1835, au n° 5 de la salle Sainte-Madeleine. Elle était atteinte, depuis cinq jours, d'un des plus violens rhumatismes articulaires aigus qu'on puisse ren-

(1) Ce malade se rendait à Picpus pour y reprendre plus vite ses forces. Nous lui prédîmes qu'il rechuterait, et nous l'engageâmes à rester encore; mais il partit. Notre prédiction s'est accomplie, et un élève nous apprend qu'il est aujourd'hui (21 octobre) à Saint-Louis; mais la rechute, peu grave, à ce qu'il paraît, est actuellement guérie.

contrer (toutes les articulations des membres inférieurs et supérieurs étaient prises, ce qui condamnait la malade à l'immobilité la plus absolue). Fièvre très forte.

L'énorme obésité des seins ne nous permit pas de pratiquer avec fruit la percussion de la région précordiale; mais l'auscultation nous fit reconnaître un bruit de soufflet très distinct (nous ne constatâmes d'irrégularité et d'intermittence dans les battemens du cœur et dans le pouls que le septième jour après l'entrée de la malade, les articulations étant alors à peu près entièrement dégagées).

Premier jour de traitement. — Saignée de 6 palettes le matin et de 4 palettes le soir; dans l'intervalle des deux saignées, ventouses scarifiées sur la région précordiale (3 palettes).

Deuxième jour. — Saignée, 4 palettes, 40 sangsues.

Troisième jour. — Saignée, 4 palettes.

Quatrième jour. — Saignée, 3 palettes.

Cinquième jour. — La plupart des articulations ne sont plus enflées, ni douloureuses, la fièvre a disparu; il reste encore un léger souffle dans la région précordiale. — Commencement de convalescence. (Bouillons, compresses sur les articulations encore un peu enflées, 2 pilules d'extrait gommeux d'opium.)

Sixième jour. — Irrégularité du pouls. — On supprime le bouillon.

Huitième et neuvième jours. — Le pouls reprend sa régularité accoutumée.

A la suite de sueurs abondantes, la peau se couvrit, ainsi qu'il arrive ordinairement, de sudamina, de granulations miliaires et de taches rosées.

Le 11 septembre, quatorzième jour du traitement, la convalescence était bien caractérisée : pouls à 80-84; point de chaleur fébrile; articulations libres (seulement il restait encore quelques douleurs vagues). On reprend l'usage du bouillon; on augmente peu à peu les alimens. Les jours suivans, les petites articulations des mains ayant été légèrement reprises, il suffit pour les débarrasser de les couvrir de compresses enduites de cérat mercuriel et d'exercer une compression modérée.

Les opiacés, les bains, furent continués jusqu'au 25 septembre, époque à laquelle la malade mangeait le quart et commençait à marcher. Le bruit de soufflet du cœur avait entièrement disparu.

Elle sort le 5 octobre, guérie depuis plusieurs jours (le seizième jour après l'entrée, tout était fini), et mangeant la demie. Elle dit éprouver quelques douleurs dans les épaules, qu'elle remue néanmoins très bien.

Quatrième cas.

Le 23 septembre 1825, on coucha au n° 3 de la salle Saint-Jean-de-Dieu, un homme de 28 ans, atteint, depuis six à sept jours, d'un rhumatisme articulaire aigu, occupant particulièrement les articulations des pieds, des coude-pieds et des genoux, et accompagné d'une fièvre violente (le pouls ne bat toutefois que 92 fois à la minute).

Les bruits du cœur sont obscurs, étouffés, *mats* en quelque sorte, au point qu'on les distingue à peine; et cependant le premier jour où nous vîmes le malade, il n'y avait pas de matité anormale dans la région précordiale; mais il n'en était plus ainsi le lendemain. Ce jour-là, en effet, une matité de 3 pouces et demi transversalement et verticalement fut constatée, avec légère voussure de la région précordiale et bruits du cœur éloignés, profonds; la main ne sent pas les battemens de cet organe.

Les saignées coup sur coup firent promptement justice de la maladie (en cinq ou six jours), et la matité de la région précordiale disparut en même temps que les bruits du cœur se rapprochèrent de l'oreille. Ces bruits restèrent comme voilés, ce qui tenait à la présence d'une lame du poumon qui recouvrait le péricarde. On s'est as-

suré de cette dernière circonstance par la percussion, qui rend un son clair dans la région précordiale; et par l'auscultation, qui fait distinctement entendre dans ce point le murmure respiratoire.

A quoi pourrait-on attribuer les phénomènes signalés plus haut, sinon à un épanchement dans le péricarde, suite de la fluxion rhumatismale de cette membrane? L'endocarde, et spécialement les valvules, ont-ils été pris? Cela peut être, mais rien ne l'a prouvé d'une manière positive.

Cinquième cas.

Un jeune homme, atteint d'un rhumatisme articulaire aigu accompagné d'une violente fièvre, fut couché au n° 14 de la salle Saint-Jean-de-Dieu (5 septembre 1835).

Battemens du cœur très forts, accompagnés d'un bruit de soufflet des plus prononcés.

Le cinquième jour d'un traitement par les saignées coup sur coup, le rhumatisme avait disparu, et avec lui la fièvre et le bruit de soufflet du cœur.

Point de rechute.

Le malade ne tarda pas à sortir de l'hôpital (il n'y avait pas encore quinze jours qu'il y était entré).

Sixième cas.

Le 21 septembre 1835, on coucha au n° 4 de la salle Sainte-Madeleine, une portière, âgée d'environ 30 ans, affectée depuis cinq à six jours d'un rhumatisme articulaire aigu. Le lendemain de son entrée, 23, elle offrait l'état suivant (1) :

Le rhumatisme occupe les pieds et les genoux, le droit principalement; et le moindre mouvement de cette dernière articulation, qu'elle ne peut étendre, fait pousser des cris à la malade (un oreiller soutient le jarret); la circonférence du genou droit est de 12 pouces 6 lignes, celle du gauche de 12 pouces 3 lignes; la peau est tendue, luisante, et sillonnée de veines plus dilatées qu'à l'état normal; pouls à 124, chaleur avec sueurs abondantes et *sudamina au cou.* La violence de la fièvre ne nous paraissait pas en rapport avec le petit nombre des articulations entreprises, et nous pensâmes qu'elle était probablement entretenue en partie par l'inflammation, ou, si l'on veut, le rhumatisme du tissu séro-fibreux de l'appareil sanguin; il n'existait point de matité anormale dans la région précordiale, mais les battemens du cœur étaient très

(1) Le jour de l'entrée, une saignée de trois palettes lui fut pratiquée. Avant de venir à l'hôpital, douze sangsues avaient été appliquées sur le genou gauche.

forts, et les *bruits valvulaires bien plus sourds qu'à l'état sain*, ce qui nous fit présumer l'existence d'une *endocardite* valvulaire au premier degré, celui de simple *fluxion* ou d'*hyperémie*.

Saignée, 4 *palettes*; *ventouses scarifiées aux genoux*, 3 *palettes*; *puis compresses enduites de cérat mercuriel, et bandage légèrement compressif*; *boissons émollientes*; *diète*.

22 au soir, le pouls est tombé à 90.

23, soulagement très notable : la malade étend son genou droit, et ne souffre plus que pendant les mouvemens brusques (la circonférence de cette articulation a diminué de 3 lignes, ainsi que celle de l'articulation opposée). — *Saignée*, 3 *palettes*.

24, bruits du cœur tout-à-fait clairs; douleurs des articulations nulles (circonférence du genou droit, 12 pouces; du gauche, 11 pouces 9 lignes); convalescence commençante.

25, genou droit, 11 pouces 10 lignes; gauche, 11 pouces 8 lignes; — résolution complète.

Quelques bains achevèrent le traitement.

Dès le 26 septembre, 6e jour après l'entrée, la malade mangea le huitième de la portion.

Elle sortit, le 5 octobre, parfaitement bien portante, nous remerciant beaucoup de l'avoir si promptement guérie.

Septième cas.

Vers les premiers jours du mois d'août 1835, on coucha au n° 8 de la salle Sainte-Madeleine, une femme d'une trentaine d'années, qui était arrivée au vingtième jour d'un rhumatisme articulaire aigu. Les mains et les poignets étaient alors le siége principal de la fluxion rhumatismale. La fièvre était encore forte (100 à 112 battemens du pouls par minute); pouls régulier, tendu, vibrant.

La région précordiale est soulevée par des battemens forts, étendus, semblables à de véritables palpitations; on entend, dans la même région, un bruit de soufflet très prononcé; l'étendue de la matité était au moins double de l'état normal; nulle douleur dans la région du cœur.

L'endocardite avec accroissement du volume du cœur était évidemment alors la maladie principale.

Vu l'ancienneté de la maladie et l'état de maigreur et d'épuisement où se trouvait cette femme, je crus devoir m'abstenir des saignées coup sur coup, et j'annonçai que la guérison se ferait assez long-temps attendre. Quelques émissions sanguines avaient été pratiquées avant l'entrée.

Deux saignées, de quatre palettes l'une, et de

trois palettes l'autre, une application de ventouses scarifiées de quatre à cinq palettes; un large vésicatoire sur la région précordiale, la digitale à l'extérieur (méthode endermique) et à l'intérieur, la diète sévère, les bains, les boissons diaphorétiques; les cataplasmes sur les articulations malades, tels furent les moyens mis en usage.

Les articulations étaient entièrement dégagées, depuis plusieurs jours, que la fièvre dite rhumatismale persistait encore, avec bruit de soufflet et violens battemens du cœur.

Cependant, le 11 septembre, le bruit de soufflet avait beaucoup diminué; les battemens du cœur étaient moins forts, moins étendus, et la fièvre nulle. La malade mangeait le quart.

Le 13, la malade demande sa sortie. Nulle articulation n'était malade; battemens du cœur calmes; bruit de soufflet presque nul. Hier, la malade s'est promenée, a descendu et remonté l'escalier, sans éprouver, dit-elle, d'étouffement.

Il y a lieu d'espérer que, malgré la longue durée de l'endocardite, il ne restera pas le germe d'une *affection* dite *organique du cœur*.

Dans ce cas, les saignées n'ont point été pratiquées suivant notre méthode, et la maladie a eu la durée assignée par les auteurs, savoir de 40 à 60 jours.

Huitième cas.

Dans les premiers jours du mois d'août 1835, fut couchée au nº 12 de la salle Sainte-Madeleine, une femme de 28 à 30 ans, atteinte, depuis une huitaine de jours, d'un violent rhumatisme articulaire aigu. Cette femme était une malheureuse mendiante de Vitry, épuisée par la misère. Nous ne la saignâmes que suivant la méthode ordinaire, et je déclarai que la maladie traînerait en longueur, d'autant plus que nous constatâmes la coïncidence d'une endocardite. Il existait, en effet, un beau bruit de soufflet dans la région précordiale avec palpitations et matité. Le pouls était vibrant, à 120 pulsations par minute; sueurs abondantes, sudamina.

Après les émissions sanguines très modérées (une saignée du bras de 3 palettes, et une saignée locale par les ventouses de 5 palettes), la teinture de colchique fut donnée pendant dix à douze jours, sans aucun soulagement (le pouls resta chaque jour à 104-108).

Un large vésicatoire fut appliqué sur la région précordiale, et, chaque jour, dix à douze grains de poudre de digitale furent déposés à sa surface.

Dès le lendemain de l'application du vésicatoire, le pouls se ralentit.

A partir de ce jour, la fièvre dite rhumatismale diminue, puis disparaît entièrement, et la malade demande sa sortie. Cependant, comme le bruit de soufflet, moins prononcé à la vérité, persistait encore, et qu'elle avait besoin de reprendre des forces, nous la déterminâmes à rester encore pendant quelque temps. Elle n'éprouvait aucune douleur, ni dans les articulations, ni dans la région du cœur, et sa respiration était tout-à-fait libre, du moins à l'état de repos.

Le 10 septembre, elle mangeait la demie; il ne restait plus de sa maladie qu'un bruit de souffle à la région précordiale, lequel était incomparablement moins fort qu'à l'entrée, et sensible seulement pendant la systole, tandis qu'à l'entrée il était double.

La malade sort le 13 : son pouls était à 72, sans aucune irrégularité; elle n'éprouvait plus de palpitations, respirait facilement, et se trouvait très bien; à part un bruit de souffle encore très sensible pendant la systole, nous ne trouvions plus nous-même rien d'anormal dans son état.

Neuvième cas.

Le 2 septembre, M. Bouvier me montra un

rhumatisant qui mangeait la demie (1). Nous constatâmes chez le malade ce qui suit :

1° Légère voussure de la région précordiale laquelle rend un son mat dans une étendue d'environ quatre pouces transversalement et verticalement ; on entendait un double bruit de soufflet très fort, qui, vers la pointe du cœur, était accompagné d'un bruit de frottement péricardique très sec et un peu *criard*. Quant au double bruit de soufflet proprement dit, il avait son maximum d'intensité vers la région de l'orifice aortique (partie moyenne du sternum). Là, pendant la diastole du cœur, le bruit de soufflet paraîssait produit par une véritable aspiration.

Le pouls de ce malade était *bis feriens* ou *dicrote*. Il n'est pas très rare de rencontrer le pouls auquel on a donné ce nom ; mais je ne l'avais encore jamais observé au même degré que dans le cas actuel. A l'échancrure du sternum, la crosse de l'aorte présentait de la manière la plus évidente le double mouvement que j'avais senti à l'artère radiale.

Ce caractère du pouls chez un individu dont les mouvemens du cœur étaient accompagnés

(1) Il y avait vingt jours que ce malade, jeune homme d'environ 25 ans, etait entré pour un rhumatisme articulaire aigu.

de bruit de soufflet, par suite d'une endocardite rhumatismale, fixa vivement notre attention. Ne serait-il pas possible que, chez ce malade, il s'opérât une sorte d'*aspiration* d'une certaine quantité de sang artériel pendant la diastole du ventricule gauche, aspiration que permettrait l'insuffisance des valvules aortiques? Cette hypothèse est d'autant plus probable, que, comme nous l'avons noté, le bruit de soufflet qu'on entend dans la région correspondante à l'orifice aortique, donne, pendant la diastole ventriculaire, l'idée d'un bruit réel d'aspiration. Dans ce cas d'insuffisance des valvules aortiques, on observerait, pendant la diastole du ventricule gauche, un reflux dans le cœur, comme on observe un reflux dans l'oreillette droite et dans les veines, par suite de l'insuffisance de la valvule tricuspide (1).

En traversant la salle de M. Lerminier pour me rendre dans celle de M. Bouvier, un élève me fit examiner un malade chez lequel un rhuma-

(1) A propos de ce reflux, désigné sous le nom de pouls veineux, nous avons vu, chez M. Bouvier, à côté du précédent malade, un individu qui offre le phénomène dont il s'agit de la manière la plus frappante. On voit distinctement la colonne de sang de la veine jugulaire descendre brusquement pendant la diastole du ventricule droit, puis refluer dans la veine pendant la systole de ce ventricule, dont la valvule est insuffisante.

tisme articulaire aigu était aussi accompagné d'une *endocardite*.

DEUXIÈME CATÉGORIE.

Cas de lésions organiques du cœur et de l'aorte, survenues à la suite d'anciens rhumatismes.

Dixième cas.

Le 9 septembre 1835, fut couché au n° 20 de la salle Saint-Jean-de-Dieu, un homme de 29 ans, qui, à la suite d'un rhumatisme articulaire aigu, avait éprouvé des palpitations et les autres accidens qu'on assigne vulgairement et vaguement *aux affections organiques du cœur et des gros vaisseaux*. Il y a quinze à dix-huit mois qu'il éprouva le rhumatisme, et il fut traité à l'hôpital Beaujon.

Exploré avec le plus grand soin, à diverses reprises, le malade nous offrit les phénomènes suivans : les battemens du cœur ébranlent toute la partie inférieure du côté gauche de la poitrine, l'épigastre, et même la région ombilicale; ils sont accompagnés d'un double bruit de frottement de râpe, et d'un tintement métallique dû à la percussion du cœur contre la paroi pectorale; des battemens isochrones au pouls soulèvent la

partie moyenne du sternum et la partie correspondante du côté droit de la poitrine jusqu'au niveau du sein, et là on entend un double bruit de soufflet ou de ràpe plus fort encore que dans la région précordiale elle-même, en même temps qu'on sent un beau frémissement vibratoire qui se propage à la crosse de l'aorte (dont on voit très bien les battemens dans l'échancrure du sternum), ainsi qu'aux artères carotides; point de bruit de diable.

Il existe de la matité depuis le sein droit jusqu'au sein gauche (neuf pouces environ); verticalement la matité de la région précordiale est de quatre pouces. Toute la région qui rend un son mat offre une saillie, une voussure évidente. La matité à droite s'étend verticalement jusqu'à deux pouces environ au-dessous de la clavicule. Pouls régulier, vibrant; point de notable dyspnée à l'état de repos; il n'existe ni d'ascite, ni d'anasarque; mais le malade ne peut monter un escalier sans être essoufflé, etc.

Aux signes ci-dessus indiqués, on ne pouvait méconnaître l'existence d'une *énorme hypertrophie du cœur avec anévrisme de l'aorte et induration des valvules gauches.*

Une saignée de 2 à 3 palettes seulement fut pratiquée au malade (il était pâle, maigre, chétif),

et, huit jours après son entrée, il sortit sans avoir éprouvé de notable changement dans son état.

Onzième cas.

Dans les premiers jours de septembre 1835, nous reçûmes au n° 18 de la salle Saint-Jean-de-Dieu, un homme d'une trentaine d'années, qui avait été traité, à deux reprises différentes, à l'hôpital Saint-Louis, pour un rhumatisme articulaire. Il fut traité plus tard à l'Hôtel-Dieu et à la Charité pour une maladie du même genre, à ce qu'il dit. Au moment de son arrivée dans notre service, il était épuisé par la diarrhée, et présentait une ascite et une anasarque considérables. Il succomba le 17 septembre.

Parmi les lésions anatomiques rencontrées à l'ouverture de son corps, je signalerai seulement ici les suivantes : teinte laiteuse de la surface externe de l'oreillette droite; valvule tricuspide sensiblement épaissie à son bord libre; plaque blanche, séreuse, facile à détacher, accidentellement développée dans la portion pulmonaire du ventricule droit; quelques points jaunes sur les valvules bicuspide et aortiques un peu épaissies, mais bien conformées; orifices du cœur libres; un peu de rétrécissement des ventricules, surtout du gauche, dont les parois ont huit à dix

lignes d'épaisseur; adhérences anciennes dans les deux côtés de la poitrine.

Douzième cas.

Le 23 septembre 1835, nous reçûmes à la Clinique (salle Saint-Jean-de-Dieu, nº 11), un jeune homme de 23 ans, affecté d'un rhumatisme articulaire léger, apyrétique, datant d'une quinzaine de jours.

Trois ans auparavant, il avait éprouvé une première atteinte de rhumatisme articulaire. Cette attaque fût très violente et dura six semaines, pendant lesquelles le malade séjourna à l'hôpital Saint-Louis, où il fut traité par les bains. A la suite de cette maladie, le jeune homme est resté sujet à des palpitations, et il offre maintenant tous les signes d'une grave *lésion organique du cœur*.

Battemens très forts du cœur, qui, au moindre exercice fatigant, se transforment en palpitations violentes; ces battemens sont réguliers, à 68-72 par minute; le pouls est vibrant; la région précordiale offre une notable voussure, et rend un son mat dans une étendue de quatre pouces et demi verticalement et transversalement; on y sent un très beau frémissement vibratoire, et on y entend un double bruit de râpe ou de scie qui absorbe à peu près com-

plètement le claquement valvulaire; vers la pointe du cœur, le premier bruit de frottement se change en un piaulement un peu rauque et étouffé. Le choc de la pointe du cœur répond au sixième espace intercostal (1).

Il n'existe point d'infiltration, et le malade n'éprouve de notable étouffement qu'en montant ou en se livrant à quelque exercice pénible.

Il existe évidemment une grande hypertrophie du cœur avec induration, épaississement des valvules, sans obstacle très considérable à la circulation, et, peut-être, des plaques blanches sur le péricarde : toutes ces lésions ont été la suite d'une endo-péricardite méconnue, et qui, comme on dit, a passé à l'état *chronique*.

Le traitement palliatif est le seul qu'on puisse mettre en usage. Une guérison radicale n'est pas au pouvoir du médecin.

(1) Cet espace intercostal et le cinquième sont manifestement élargis, ainsi que nous nous en sommes assuré par la mensuration. Comme le sujet est maigre, on voit les battemens du cœur presque aussi bien que si cet organe était à nu : on le voit et on le *sent* avec la main revenir sur lui-même, se rétrécir quand la pointe vient frapper la poitrine, et se dilater ensuite. Le choc de la pointe du cœur, isochrone au pouls, ne paraît pas résulter uniquement du redressement de cette partie, mais aussi de ce que le sang pressé de toutes parts par la systole, en réagissant contre la pointe, qui est mobile, lui imprime une brusque secousse.

Le malade sort le 10, dans le même état : hier, il a monté l'escalier sans être fortement essoufflé, mais avec augmentation dans la force des battemens du cœur.

Treizième cas.

Le 5 septembre 1835, nous reçûmes au n° 12 de la salle Sainte-Madeleine (où elle est encore en ce moment, 6 novembre), une femme de 49 ans, offrant tous les symptômes d'une grave lésion organique du cœur, qui datait de cinq mois, époque à laquelle elle avait eu un rhumatisme articulaire aigu, pour lequel elle passa trois mois à l'Hôtel-Dieu (service de M. Bally). Elle fut traitée par les bains et ne fut pas saignée, dit-elle, une seule fois.

Il existe dans la région précordiale un double bruit de soufflet dont le maximum d'intensité correspond à la région des orifices gauches; ce bruit absorbe complètement le claquement valvulaire; il est accompagné d'un frémissement *cataire* distinct; les battemens du cœur sont précipités, tumultueux, intermittens, irréguliers, et se font sentir dans une étendue plus grande qu'à l'état normal; pouls à 140 pulsations, petit, inégal, irrégulier, intermittent; veines jugulaires gonflées; visage violet, livide; étouffement, orthopnée; anasarque.

Diagnostic. — *Hypertrophie du cœur consécutive à une endocardite* rhumatismale, *terminée par épaississement et induration des valvules.*

Sous l'influence du repos, de la digitale, d'un régime sévère et de boissons diurétiques, la dyspnée se calme, le pouls se régularise, prend plus de volume, tombe à 68 pulsations; l'anasarque se dissipe, et les battemens du cœur ne sont plus accompagnés que d'un double bruit sec, comme parcheminé, un peu âpre ou rauque.

Des douleurs rhumatismales se sont développées dans les épaules, sans gonflement ni rougeur.

La malade mange le quart; elle est passablement à l'état de repos; mais il est à peu près certain que l'exercice ramènera tous les accidens.

Quatorzième cas.

Le 11 septembre 1835, fut couchée au n° 8 de la salle Sainte-Madeleine, une femme âgée de 38 ans, ayant éprouvé, depuis 6 à 7 ans, de nombreuses attaques de rhumatisme articulaire aigu, pour l'une desquelles elle est restée cinq mois à l'Hôtel-Dieu.

A la suite de cette maladie, elle a éprouvé des palpitations, de l'étouffement, surtout en

montant les escaliers; elle n'a pas été enflée; depuis quinze jours elle éprouve de nouvelles douleurs dans les jointures, mais surtout dans la partie supérieure externe de la cuisse droite, et ses palpitations ont augmenté; du reste, elle n'a point de fièvre, et aucune articulation n'est rouge et gonflée.

La région du cœur rend un son mat dans l'étendue de 5 pouces 6 lignes transversalement et de quatre pouces verticalement. Dans toute cette étendue, les battemens du cœur se font sentir avec force; la pointe de cet organe, tout-à-fait dirigée à gauche, et comme située transversalement, frappe la poitrine à deux ou trois pouces plus en dehors que normalement. Dans toute la région précordiale, quelle que soit la position que l'on donne à la malade, on entend un fort bruit de râpe ou de scie qui masque et absorbe le claquement valvulaire. Ce bruit se propage dans toute la partie antérieure de la poitrine; il n'existe pas de frémissement *cataire* notable; pouls irrégulier, intermittent, peu développé, mais vibrant; point de bruit de *diable* dans les carotides; veines jugulaires dilatées, lèvres un peu violettes.

DIAGNOSTIC. — *Énorme hypertrophie du cœur, avec induration et épaississement des valvules*,

consécutivement à une endocardite ou à une endo-péricardite RHUMATISMALE.

Aujourd'hui (6 novembre), la malade est encore à l'hôpital.

Quinzième cas.

Le 29 septembre 1835, fut couché au nº 18 de la salle Saint-Jean-de-Dieu, un peintre en bâtimens, âgé de 41 ans, marié, d'une constitution délicate, lymphatique, cheveux blonds, sujet à s'enrhumer, qui me fut adressé par mon confrère, M. le docteur Roger, comme atteint d'une maladie organique du cœur.

Il fut examiné le 30 à la visite. — Sa maigreur squelettique, la fièvre hectique (pouls à 112-116, régulier, médiocrement développé), les crachats muqueux, sales, qui remplissaient son crachoir, nous firent présumer, dès le premier abord, l'existence d'une tuberculisation pulmonaire. Un son caverneux dans la région sous-claviculaire droite, avec tintement obscur de pot fêlé et souffle semi-amphorique, ne laissaient aucun doute sur la présence d'une vaste excavation pulmonaire; à la partie postérieure et supérieure, la résonnance était généralement très obscure. Les omoplates étaient saillantes en manière d'ailes, poitrine étroite, aplatie, alongée.

L'affection organique du cœur fut ensuite l'objet de notre examen.

Ce qui nous frappa d'abord, ce fut le volume du cœur, dont les battemens soulevaient fortement la région précordiale; la pointe se faisait sentir dans le sixième espace intercostal, qui était élargi ainsi que le cinquième, sans notable voussure de cette région, dont la matité était de trois pouces quatre lignes verticalement et transversalement.

L'impulsion était forte, les battemens étaient bien réguliers. Un bruit de râpe ou de scie existait dans toute la région précordiale, et se propageait dans toute la partie antérieure de la poitrine, masquant presque entièrement le double claquement valvulaire, et présentant son maximum d'intensité au niveau des orifices gauches : là, le premier bruit du cœur était remplacé par un bruit de râpe plus prolongé, plus fort que celui qui correspondait au second bruit; toutefois, un intervalle à peine sensible séparait ces deux bruits anormaux l'un de l'autre. Le frottement râpeux semblait se passer si près de l'oreille, et dans une surface si étendue, que, au premier aperçu, on aurait pu le rapporter exclusivement au glissement des feuillets opposés du péricarde, devenus inégaux et raboteux, par suite de fausses membranes organisées à leur surface; mais une

exploration plus approfondie, la circonstance du maximum du bruit vers les orifices gauches et de la propagation lointaine de ce bruit, avec *absorption complète du claquement valvulaire*, me firent annoncer qu'il existait une transformation des valvules gauches en cercle tendineux ou fibro-cartilagineux, et partant *insuffisance*, frottement pendant le passage du sang, etc., etc.

Cette lésion devait être la suite d'une ancienne endocardite, et l'hypertrophie considérable et générale du cœur se rattachait également à cette maladie, ainsi qu'à la péricardite, qui avait pu exister en même temps.

Sachant par de nombreuses observations que de toutes les espèces étiologiques de la péricardite et de l'endocardite, la plus commune est *la rhumatismale*, je demandai au malade s'il n'avait jamais éprouvé de *douleurs dans les jointures*. Il me répondit qu'il en avait éprouvé en 1813, étant alors militaire, et que, de plus, il en éprouva d'autres, il y a environ vingt mois; c'est à la suite de cette maladie qu'il a été sujet aux palpitations pour lesquelles M. Roger me l'avait adressé. M. Buchel (1), qui lui donna

(1) M. Buchel fit, à cette époque, une saignée de 4 palettes, une application de ventouses à la région précordiale, 3 palettes, et il prescrivit la teinture de digitale à l'intérieur. Les médecins qui, huit mois auparavant, avaient soigné le malade,

des soins à cette époque, a confirmé le fait. M. Buchel ajoute qu'il a considéré la maladie comme rhumatismale ou névralgique.

De la région du cœur, la douleur remontait à l'épaule, et tout le membre gauche jusqu'aux doigts était douloureux. Le malade pensa que ces douleurs étaient de la même nature que les rhumatismes qu'il avait éprouvés en 1813.

Ainsi, voilà donc un nouveau cas de lésion dite organique du cœur, consécutive à un rhumatisme compliqué, sans doute, d'endocardite, soit isolée, soit plutôt combinée à une péricardite.

Quant à l'affection des poumons, elle est consécutive, de l'aveu du malade, à un rhume négligé qui se déclara il y a bientôt neuf mois (janvier 1835).

La diarrhée s'est montrée à plusieurs reprises dans le cours de l'affection tuberculeuse, mais elle a diminué, à ce que dit le malade, depuis une huitaine de jours.

L'état de consomption, la pâleur cadavérique du sujet, l'oppression extrême, la perte totale des forces (le malade peut à peine se tenir assis dans son lit, pour l'exploration de la partie pos-

et l'avaient traité pour une douleur et des palpitations, l'avaient saigné sept à huit fois, à de longs intervalles. Il y avait déjà huit mois que le malade était alité quand M. Buchel le vit.

térieure de la poitrine), l'abondance de l'expectoration, font craindre une mort assez prochaine.

L'absence de l'infiltration des membres et de l'ascite, de la teinte violette ou livide du visage, la régularité du pouls et son passable développement, nous portent à établir que le cours du sang à travers le cœur s'opère encore assez facilement, et qu'à l'état de repos la lésion du cœur n'a presque point de part dans la dyspnée.

Prescription. — *Viol., guim., sirop de gomme; looch blanc, poudre de digit.* 6 *gr.*; *bouill., pot., lait.*

Il demanda sa *sortie*, *le* 2 *octobre.*

Seizième cas.

Le 4 octobre 1835, M. Bouvier me fit prier d'aller voir un de ses malades, affecté d'une maladie de l'aorte.

Je l'ai examiné en présence de plusieurs élèves de la clinique, et voici les résultats de cet examen :

Le malade est un peintre en bâtimens, âgé de 23 ans, d'un teint blanc-jaunâtre.

On observe dans la partie moyenne du sternum et la région précordiale, une voussure assez prononcée; la main appliquée sur la région in-

diquée éprouve un magnifique frémissement vibratoire, ayant son maximum d'intensité à droite du sternum, à deux ou trois pouces au-dessous de la clavicule. J'annonce aussitôt qu'un bruit de frottement de râpe ou de scie doit accompagner le signe précédent; et, en effet, l'auscultation fait reconnaître un très beau bruit de râpe, dont le maximum d'intensité correspond au même point que celui du frémissement vibratoire: ce bruit est double et masque le claquement valvulaire.

La main est fortement repoussée par les battemens du cœur, dans une étendue plus considérable qu'à l'état normal, battemens d'ailleurs réguliers. La percussion rend un son mat dans une étendue de neuf pouces transversalement, et de cinq pouces et demi verticalement. A droite, la matité commence vers le milieu de la région sous-claviculaire pour s'étendre obliquement de haut en bas vers l'union de la région externe du côté gauche avec la région postérieure, où la pointe du cœur, mousse et arrondie, choque avec force. Une voussure évidente existe à la région qui rend un son mat, et se termine en mourant à la circonférence de cette région.

On voit les battemens du cœur comme s'il était

à nu; le choc est isochrone au pouls, en sorte que deux personnes, dont l'une compte le pouls, et l'autre le choc du cœur, prononcent en même temps un, deux, trois, etc.; on voit le cœur se dilater dans l'instant qui suit le choc, etc.

Le pouls est à 68-72, et on sent distinctement un *bruissement*, une sorte d'agitation de la colonne sanguine qui parcourt la radiale. Point de souffle dans les grosses artères qui naissent de l'aorte, bien qu'on y sente un frémissement vibratoire des plus prononcés.

Respiration bonne à l'état de repos; de l'oppression en montant et pendant les exercices pénibles. Point d'hydropisie.

Les signes précédens ne permettaient pas de méconnaître une *grande lésion organique* du cœur et de l'aorte (*hypertrophie du cœur avec induration des valvules gauches*; *dilatation anévrismale de l'aorte*, etc.).

Nous ne manquâmes pas de nous enquérir des maladies antécédentes du sujet, et nous eûmes la certitude que le rhumatisme articulaire en constituait la principale.

Voici ce que nous répondit ce jeune homme, en présence de nombreux témoins: « Depuis l'âge de quatre à cinq ans jusqu'à quinze ans, tous les hivers j'ai été *impotent*; les mains, les

pieds, les genoux, étaient enflés, douloureux (1). »

C'est à la suite de ces affections rhumatismales que sont survenues des palpitations et les autres symptômes de la maladie pour laquelle il est entré à l'hôpital (2).

TROISIÈME CATÉGORIE.

Cas de rhumatisme articulaire très léger, *apyrétique*.

Dix-septième cas.

Dans les premiers jours de septembre 1835, nous reçûmes au n° 15 de la salle Saint-

(1) Il y a un an, il a eu la colique de son état (colique de plomb).

Il a été réformé *à cause de ses palpitations.*

Ce cas est, pour ainsi dire, la copie ou le pendant de celui que nous avons observé dans notre service, et qui est rapporté dans cet opuscule sous le n° 10.

(2) Ce malade a passé dans notre service (salle Saint-Jean-de-Dieu, n° 12), le 19 octobre 1835, et nous avons de nouveau constaté les divers phénomènes signalés plus haut. Une auscultation plus prolongée nous a fait reconnaître que le frottement pendant la systole donne lieu à un bruit de râpe, de scie, ou même d'étrille, tandis que pendant la diastole, on entend un bruit de soufflet de forge des plus beaux et pour ainsi dire modèle. — Pouls régulier à 68-72, vibrant, avec bruissement, d'un volume peu considérable eu égard à celui du cœur ; le bruissement dans les carotides, les sous-clavières et la portion de l'aorte qui répond à l'échancrure du sternum, est un véritable frémissement vibratoire, semblable à celui de la tumeur anévrismale.

Jean-de-Dieu un jeune homme atteint d'un rhumatisme articulaire très léger et sans réaction fébrile. Le cœur ne nous offrit rien de morbide.

Nous ne crûmes pas devoir recourir à notre méthode des émissions sanguines, en raison de la bénignité du cas, et nous essayâmes la teinture de colchique. Nous n'en obtînmes pas un résultat fort encourageant. Quoique très léger, ce rhumatisme se prolongea bien au-delà du terme auquel disparaissent ordinairement les violens rhumatismes traités par les saignées coup sur coup.

Dix-huitième cas.

Au n° 7 de la salle Sainte-Madeleine, est entrée, le 29 août 1835, une femme d'une quarantaine d'années, fortement constituée, affectée d'un rhumatisme des pieds et des genoux, sans fièvre.

Il n'existait aucun signe de maladie du cœur. Pendant les douze premiers jours, elle fit usage de la teinture de colchique, et fut soumise à un régime assez sévère. Nulle amélioration.

9 septembre. — Les deux genoux étaient douloureux et gonflés plus que jamais, le droit surtout, à la partie interne duquel on sentait une

fluctuation très distincte. La circonférence de ce genou était de 15 pouces 1|2, et celle du gauche de 14 pouces 1|2.

Six palettes de sang furent retirées par l'application de ventouses scarifiées sur chaque genou, application suivie de la compression (une compresse enduite de cérat mercuriel ayant été préliminairement placée sur chaque genou). — Diète.

10 septembre. — Les douleurs étaient calmées. La circonférence du genou droit n'était plus que de 14 pouces 6 lignes, et celle du gauche que de 14 pouces (diminution d'un pouce pour l'une, et de 6 lignes pour l'autre).

11 septembre. — Nulle trace de fluctuation; circonférence du genou droit, 14 pouces.

13. — Les deux genoux sont entièrement guéris. On donne des alimens à la malade, qui sort, très bien portante depuis plusieurs jours, le 1er octobre 1835.

Dix-neuvième cas.

Le 2 octobre 1835, on admit au n° 14 de la salle Saint-Jean-de-Dieu, un garçon marchand de vin, autrefois tonnelier, qui, à la suite des refroidissemens auxquels sa profession l'expose, et après avoir couché dans une chambre très froide, est affecté depuis 15 jours de douleurs

rhumatismales, parcourant successivement diverses articulations, les parois pectorales, etc.

Point de gonflement notable dans les articulations; point de fièvre.

Le cœur n'offre aucune lésion.

Vingtième cas.

Le 7 octobre 1835, nous reçûmes un charcutier, âgé de 39 ans, qui se plaignait de douleurs dans les membres, sans gonflement des articulations, sans fièvre (1).

Le cœur était à l'état normal.

(1) En 1823, ce malade fut atteint, à Blois, d'un rhumatisme articulaire aigu qui le retint trois mois au lit, et dont il ne fut entièrement guéri, dit-il, qu'au bout de huit mois. Le médecin qui le traita se contenta de faire appliquer sur les articulations des cataplasmes faits avec le vin et la mie de pain.

CHAPITRE II.

SYMPTÔMES, MARCHE, INTENSITÉ, DURÉE ET TERMINAISON DU RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU.

Il n'est pas nécessaire d'insister très longuement sur les divers sujets de ce chapitre.

I. Douleur, chaleur, légère rougeur, tuméfaction, avec ou sans fluctuation, des articulations affectées, tels sont les symptômes locaux du rhumatisme articulaire aigu. Les veines sous-cutanées qui serpentent autour des articulations sont plus développées qu'à l'état normal, et sont d'autant plus apparentes, que la peau, plus tendue, est amincie, comme luisante.

Le toucher augmente la douleur, il en est de même du moindre mouvement, et de là cette attitude remarquable d'immobilité que présentent les malades atteints d'un violent rhumatisme général.

La fluctuation, signe d'un épanchement articulaire, ne peut être bien constatée que dans les grandes articulations, et spécialement dans les genoux : il existe alors deux saillies sur les côtés de la rotule, qui est soulevée, et cesse de se trou-

ver en contact avec les surfaces articulaires du fémur et du tibia (1).

II. Une fièvre violente, et qui, toutes choses égales d'ailleurs, l'est d'autant plus, qu'un plus grand nombre d'articulations sont *prises*, accompagne les symptômes locaux ci-dessus indiqués. Le pouls est fort, plein, dur, vibrant, à 100—120 par minutes ordinairement. La chaleur est considérable, et une sueur abondante, un peu visqueuse, d'une odeur fade ou acescente, nauséabonde, inonde tout le corps des malades. Lorsque la sueur a duré pendant quelques jours, la peau, surtout dans les point où cette humeur séjourne le plus, se couvre de myriades de *sudamina*, souvent accompagnés d'éruption miliaire (2) et de taches rouges, assez analogues à celle de la roséole.

La perte de l'appétit, une soif ordinairement très vive, une insomnie plus ou moins opiniâtre, selon l'intensité des douleurs, et les diverses com-

(1) Pour apprécier d'une manière exacte et mathématique la tuméfaction des articulations et les changemens qu'elle éprouve chaque jour, nous les mesurons, à chaque visite, avec une bande en maroquin divisée en pouces et en lignes.

(2) « La fièvre rhumatismale, dit Stoll, était accompagnée » quelquefois d'éruption miliaire, blanche, rouge ou mêlée. » Voyez Constitution de 1777, mois d'avril, tome 1er de la *Médecine pratique*.)

plications, sont des symptômes qu'il suffit de noter en passant.

Le caillot que fournit la saignée est ferme, glutineux, et se couvre d'une couenne qui s'organise rapidement en une véritable fausse membrane, épaisse, dense, résistante, analogue à une peau de chamois : il flotte au milieu d'une sérosité claire, jaunâtre ou verdâtre (1). Les bords du caillot sont renversés, ce qui lui donne la forme d'un champignon. Sydenham, et surtout Stoll, ont particulièrement signalé la couenne rhumatismale (2). Les urines se troublent ordinairement peu de temps après leur évacuation, et sont si épaisses qu'elles ressemblent à du *moût de raisin* (*urines jumenteuses*); elles rougissent fortement le papier de tournesol.

En général, la fièvre du rhumatisme articulaire aigu est d'une intensité supérieure à celle

(1) Aucun observateur n'avait encore constaté la présence de la couenne que sur le sang fourni par la saignée générale. Nous l'avons aussi constatée, à la clinique, un bon nombre de fois sur les caillots des saignées par les ventouses scarifiées.

(2) « Dans le rhumatisme fébrile, dit le médecin de Vienne, » la couenne du sang fut *toujours* très inflammatoire, et si épaisse, » qu'on apercevait à peine un peu de sang ou de partie rouge ; » cette couenne était et moins considérable et moins épaisse » dans toutes les autres maladies inflammatoires, quelque graves » qu'elles fussent. » Cette remarque de Stoll est de toute exactitude.

des autres maladies aiguës, et cela se conçoit aisément aujourd'hui que nous connaissons la coïncidence à peu près constante de l'inflammation articulaire très intense avec celle du centre circulatoire (dernière inflammation à laquelle se joint quelquefois celle du système vasculaire lui-même).

III. La diffusion du rhumatisme articulaire, ou sa dissémination sur les vaisseaux, le cœur et les autres viscères, sur les nerfs extérieurs et intérieurs, fournit une foule de phénomènes sur lesquels l'espace ne me permet pas de m'arrêter. (J'ai, du reste, exposé plus haut les signes de la péricardite et de l'endocardite rhumatismales.)

IV. Le rhumatisme articulaire considéré en soi, et abstraction faite de ses diverses complications, est susceptible de plusieurs degrés, soit sous le point de vue de son étendue, soit sous celui de son intensité. Ainsi, quant à l'étendue, tantôt il n'occupe qu'un petit nombre d'articulations, celles du pied ou de la main, les genoux, par exemple; tantôt, au contraire, il envahit presque toutes les articulations. Quant à l'intensité, tantôt il est si léger, qu'il se dissipe en vingt-quatre heures; tantôt il est si profond et si violent, qu'il résiste pendant des mois entiers, si d'énergiques moyens ne lui sont opposés.

Lorsque le rhumatisme aigu abandonne facilement une ou plusieurs articulations, il ne le fait ordinairement que pour en envahir d'autres, quel que soit, d'ailleurs, le mécanisme qui préside à ce déplacement. En général, toutes les autres conditions étant égales, la *fixité* et la résistance du rhumatisme articulaire aigu sont en raison inverse du nombre des articulations entreprises.

La mobilité du rhumatisme articulaire aigu est un phénomène qui n'a pas encore été assez rigoureusement analysé. Il ne faut pas croire qu'à tous ses degrés, le rhumatisme articulaire aigu puisse se déplacer, ou mieux se dissiper facilement et rapidement. Qu'il existe, par exemple, une tuméfaction du genou très considérable, avec épanchement abondant dans l'articulation, etc., et vous verrez si le plus souvent c'est par une *métastase* ou une *délitescence* brusque et soudaine que le rhumatisme se terminera. On a confondu ici deux choses fort différentes. Il est très vrai que, même dans le cas dont il s'agit, la douleur de l'articulation peut disparaître promptement, avec ou sans explosion d'une douleur nouvelle dans une autre articulation; mais il n'en est pas toujours de même de l'épanchement articulaire, lequel constitue cepen-

dant alors l'élément essentiel de la maladie (1). La douleur n'est qu'une sorte de névralgie symptomatique de l'affection articulaire, comme le *point de côté* pour la pleurésie ; et, dans l'un et l'autre cas, ce symptôme, tout commun qu'il est, constitue néanmoins un accident plutôt qu'un caractère *essentiel* de la maladie, puisque la pleurésie peut exister sans douleur, comme aussi le rhumatisme articulaire, qui n'est, pour ainsi dire, qu'une pleurésie des membranes synoviales. Dire qu'un rhumatisme articulaire avec épanchement peut toujours se déplacer ainsi, en un clin d'œil, ce serait supposer que la péricardite avec épanchement peut toujours aussi disparaître de la même manière, hypothèse que la saine observation repousse.

En somme, un rhumatisme articulaire qui ne dépasse pas ce degré, que je désignerai volontiers sous le nom de simple *fluxion*, analogue à celle qui accompagne certaines névralgies faciales, peut offrir une grande mobilité ; mais il n'en est pas de même d'un rhumatisme articulaire d'un degré plus élevé, qui tend à la suppuration, ou

(1) « Dolor adest atrox, nunc in hoc, nunc illo artu, in » carpis, humeris et genubus præsertim, vicissim hos relin- » quens et illos occupans, *rubore et tumore in parte, quam postre- » mùm affecit, adhùc residuis.* » (Sydenham, t. I, p. 498.)

qui déjà s'est terminé par un épanchement purulent ou séro-purulent. Celui-là, s'il est abandonné à lui-même, ne se dissipe qu'au bout d'un certain temps; mais la douleur dont il était d'abord accompagné peut disparaître long-temps avant la résorption de l'épanchement articulaire, comme le point de côté avant la résorption d'un épanchement pleurétique. Ainsi donc, dans les phlegmasies des membranes et des parenchymes, l'élément nerveux ne doit pas être considéré comme le fait fondamental, mais bien comme le fait accessoire, accidentel de la maladie : car, encore un coup, il peut exister sans elles, et, réciproquement, elles peuvent exister sans lui. Cependant, chaque jour, on voit des praticiens prendre l'une de ces choses pour l'autre (1).

V. De l'aveu de tous les observateurs qui jusqu'ici ont tracé l'histoire du rhumatisme articulaire aigu, la durée de cette maladie est très longue, et, terme moyen, de quarante à cinquante jours (2). Mais l'expérience démontre, de la ma-

(1) Voyez le mémoire que nous avons publié dans le *Journal hebdomadaire* (23 août 1834), sous ce titre : *Quelques Réflexions tendant à prouver que la douleur ne doit pas être placée parmi les symptômes essentiels de l'inflammation.*

(2) « La durée du rhumatisme aigu, presque toujours très » longue, varie depuis une quinzaine de jours jusqu'à deux et » trois mois : on l'a vu dans quelques cas rares, disparaître en

nière la plus claire, la plus formelle, que la durée du rhumatisme articulaire est en rapport avec le mode de traitement. Par conséquent, cette moyenne de la durée du rhumatisme n'est vraie que dans les conditions du traitement employé par ceux qui l'ont déterminée, et cesse de l'être dans d'autres conditions thérapeutiques. Appuyé sur plus de cent observations, recueillies avec un soin extrême et en présence d'un grand nom-

» trois à quatre jours, et dans d'autres, se prolonger au-delà de
» quatre à cinq mois; sa durée moyenne est de quarante jours. »
(*Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques;* article *Arthrite*, par M. Roche.)

M. Chomel est un des auteurs qui ont le plus insisté sur la longue durée du rhumatisme articulaire aigu, mais il paraît avoir un peu modifié ses idées à cet égard, selon les temps. Au reste, voici ce que je trouve dans le compte-rendu de ses leçons et le résumé de sa clinique (*Lancette française*, 10 septembre 1833, 14 septembre 1834, et 1er octobre 1835) :

« La durée du rhumatisme peut être de quelques minutes ou
» de plusieurs mois.

» Les rhumatismes accompagnés de fièvre ont duré vingt-trois
» jours au moins, et cinquante jours au plus.

» La durée du rhumatisme articulaire général, dans le relevé
» de 49 malades, a été, une seule fois, de quinze jours; dans
» les autres cas, la maladie s'est prolongée de trois semaines à
» trois mois. »

Dans l'*Essai sur le rhumatisme*, du même auteur, publié en 1813, on lit : « La durée du rhumatisme aigu, quand il est intense,
» s'étend rarement au-delà du 2e ou du 3e septénaire, du 6e
» quand il est léger. »

bre d'élèves et de plusieurs confrères, j'ose affirmer que, sous l'influence du traitement que nous employons, la durée du rhumatisme a diminué de plus de moitié, et ne dépasse pas, en général, un à deux septénaires. Et qu'on ne dise pas que nous avons eu affaire à des rhumatismes légers : ils étaient pour le moins aussi graves que ceux que j'avais vus autrefois durer quarante ou cinquante jours, et coïncidaient presque constamment, ainsi que je l'ai déjà dit, avec une péricardite, une endocardite, une angéite, une pleurésie, etc. Encore une fois, il ne s'agit point ici d'une chose douteuse : il nous est démontré, avec la rigueur mathématique, que la seule cause de la moindre durée de nos rhumatismes gît dans le mode de traitement qui nous est propre, et dont nous parlerons plus loin.

Un fait bien remarquable, qui avait déjà fixé l'attention de nos prédécesseurs, mais dont ils n'avaient pas saisi la cause réelle, c'est la persistance de la fièvre chez quelques rhumatisans dont les articulations sont depuis long-temps dégagées. C'est là ce qui, dans la plupart des cas, prolonge en quelque sorte indéfiniment la durée de la maladie. Nous avons été assez heureux pour trouver la plus satisfaisante explication de cette fièvre rhumatismale qu'on avait voulu *essentialiser*. Une inflammation rhumatis-

male du cœur, des vaisseaux, de la plèvre, etc., en voilà réellement la cause. Et, pour le dire en passant, ces inflammations sont presque toujours complètement indolentes (c'est même cette circonstance qui les avait jusqu'à présent fait si souvent méconnaître): nouvelle preuve que la douleur n'est pas inhérente, essentielle à l'inflammation; nouvelle preuve aussi que l'inflammation rhumatismale des tissus séreux ou séro-fibreux n'est pas aussi mobile de sa nature qu'on le répète avec tant de complaisance, puisque dans les cas que nous signalons, elle est tellement fixe et enracinée, qu'elle alimente une fièvre de plusieurs semaines (1).

L'âge de nos malades ne nous a pas paru modifier très sensiblement la durée du rhumatisme. Je sais néanmoins qu'il est des praticiens qui disent avoir observé le contraire. Si j'en crois un travail assez récemment publié, voici, par exemple, l'opinion de M. Chomel sur la durée du rhumatisme, selon les âges: « M. Chomel a » *observé* que de 15 à 30 ans, le rhumatisme se » termine ordinairement avant le quarantième » jour, et de 30 à 35 après ce terme, dans le » rapport de un à deux. Chez les individus de

(1) Il est vrai qu'alors cette phlegmasie ne siége plus dans les articulations; mais une question de siége n'est pas une question de nature.

» 45 ans, la terminaison a lieu après le qua-
» rantième jour, dans le rapport de quatre
» à un. »

VI. La terminaison du rhumatisme articulaire aigu, bien qu'elle se fasse long-temps attendre, est rarement funeste. Cependant, l'endocardite, la péricardite, la pleurésie, avec lesquelles il coïncide, entraînent quelquefois la mort. Si j'en juge même par les cas qui ont été publiés dans ces derniers temps par divers journaux (voyez particulièrement la *Lancette française*), la mortalité est plus considérable qu'on ne l'avait cru jusqu'ici.

Une autre terminaison du rhumatisme consiste dans son passage à l'*état chronique*. Ce n'est pas seulement le rhumatisme articulaire, mais aussi le rhumatisme du cœur ou de quelque autre viscère qui peut affecter et qui n'affecte, en effet, que trop souvent la forme chronique ; de là d'incurables lésions organiques...

CHAPITRE III.

CARACTÈRES ANATOMIQUES ET SIÉGE DU RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU.

L'anatomie pathologique du rhumatisme articulaire aigu n'est pas la partie la plus avancée de son histoire. La raison en est que cette maladie se termine assez rarement par la mort, même quand elle est compliquée, et de ce que parmi les cas où la mort arrive, par suite d'une complication, il s'en rencontre dans lesquels, à l'époque de la mort, les articulations étaient dégagées. Ajoutons aussi que les articulations n'ont pas toujours été examinées chez les rhumatisans emportés par une complication grave.

Le rhumatisme articulaire aigu entraîne-t-il à sa suite un épanchement de pus ou de synovie purulente dans les cavités articulaires, comme la péricardite et la pleurésie déterminent une collection de pus ou d'un liquide séro-purulent, séro-pseudo-membraneux dans la plèvre et le péricarde? On l'a nié dans ces derniers temps, et on a dû le nier puisqu'on professait que le rhumatisme

articulaire aigu n'est point une inflammation, et que cette opinion tomberait pour ainsi dire sans pouvoir se relever en présence d'une suppuration dans les articulations attaquées de rhumatisme(1). Aussi, qu'a-t-on répondu à ceux qui ont présenté des faits de rhumatisme articulaire aigu terminés par suppuration ? La réponse est facile à prévoir : c'est que la maladie n'était pas un rhumatisme articulaire aigu.

Le premier observateur qui, à ma connaissance, ait signalé la terminaison du rhumatisme par suppuration, est précisément ce même Stoll dont quelques modernes invoquent parfois l'autorité contre les idées que nous développons. En parlant de son troisième genre de rhumatisme, le plus violent de tous, il dit : « Chez quelques malades, ces rhumatismes, » après les avoir fait souffrir long-temps, se » tournèrent en suppuration. — Ces fluxions, » ajoute-t-il, étaient de nature érysipélateuse

(1) « Nous avons vu qu'on n'avait pas encore trouvé de pus » dans les articulations, ou bien, quand cela avait eu lieu, la » présence du pus tenait à d'autres causes. Or, une inflamma- » tion qui ne se termine *probablement* jamais par suppuration, » n'a pas une nature vraiment inflammatoire. » (Compte-rendu des leçons de M. Chomel sur le rhumatisme, *Lancette française*, jeudi, 4 septembre 1834.)

Qu'est-ce qu'une inflammation qui n'a pas une nature vraiment inflammatoire ?...

» très caustique; elles faisaient pousser des cris » au malade lorsqu'on le touchait avec le doigt, » même très légèrement. »

Il est fâcheux que Stoll n'ait pas donné de plus amples éclaircissemens sur ce point. Comment et où a-t-il constaté la suppuration? Était-ce bien dans les rhumatismes articulaires que cette terminaison avait eu lieu? La suite du passage que nous rapportons semblerait le faire croire : « Je traitai (c'est toujours Stoll qui » parle) deux jeunes filles, dont l'une eut *la* » *main* et l'autre *le pied* affectés d'un pareil rhu- » matisme... Mes soins, quoique très multipliés » et diversifiés, ne purent l'emporter sur le ca- » ractère opiniâtre de la maladie (1). »

Passons à des faits plus positifs.

M. Chomel, dans sa thèse sur le rhumatisme, cite des cas où l'on on a trouvé dans les articulations des individus qui ont succombé pendant la durée de cette maladie, du pus, ainsi

(1) Au reste, voici encore une citation qui tend à prouver qu'il s'agissait bien d'un rhumatisme articulaire, et qui ne permet pas de douter en même temps que Stoll n'assimilât ce rhumatisme, sous une certaine forme, à une phlegmasie *chronique :*

« La seconde espèce de rhumatisme était ce rhumatisme opi- » niâtre et chronique des extrémités, d'abord avec fièvre et un » gonflement de la partie affectée; ensuite, quoique la fièvre » eût été dissipée, restant long-temps douloureux. S'il n'était

que d'autres signes non équivoques d'inflammation des synoviales articulaires. Il en conclut seulement, à la vérité, que *les symptômes qui accompagnent cette inflammation ressemblent beaucoup à ceux du rhumatisme.* Citons les propres paroles de M. Chomel :

« Le rhumatisme peut-il avoir son siége dans » les membranes synoviales? Chez un malade » qui succomba à l'hôpital de la Charité, les deux » articulations scapulo-humérales avaient été af- » fectées successivement de douleurs vives et de » gonflement; chez deux autres observés à l'Hô-

» pas traité convenablement, les articulations ne cessaient qu'à » la longue d'être douloureuses : il les laissait moins propres au » mouvement, raides, pleines de nodosités, tuméfiées, et pour » toujours comme à demi contournées.

» Nous rencontrions une dysenterie semblable à ce rhumatisme, rebelle comme lui aux lois du traitement connu, et » suivant tout-à-fait la marche de cette fluxion opiniâtre des ar- » ticulations. Les douleurs des intestins durèrent fort long- » temps..... On tenta inutilement différens moyens : les ma- » lades périrent, soit d'hydropisie, soit de consomption, par » des déjections continuelles de sérum ou de *chymus*.

» On trouvait alors les *intestins, surtout les gros, beaucoup* » *plus épais que dans l'état ordinaire, coriaces,* et cependant pas » ulcérés.

» Le rhumatisme invétéré produisait ici sur les intestins ce » que j'ai dit avoir eu lieu par la même cause pour les articu- » lations, qui restaient tuméfiées, noueuses, raides et inhabiles » au mouvement. » (*Médecine pratique,* tome III, pages 241 et suivantes.)

» tel-Dieu, toutes les articulations mobiles de-
» vinrent douloureuses et tuméfiées, avec impos-
» sibilité d'exécuter les mouvemens; on trouva
» après la mort, chez tous ces malades, les syno-
» viales enflammées, et des épanchemens puru-
» lens dans les cavités articulaires. Quelles con-
» séquences à déduire de ces faits? que les syno-
» viales sont susceptibles de s'enflammer, et que
» les symptômes qui accompagnent cette in-
» flammation ressemblent beaucoup à ceux du
» rhumatisme: mais quelle connexion y a-t-il
» entre l'une et l'autre maladie? *Nulle autre que*
» *la seule contiguïté des parties affectées.*» (*Essai sur le rhumatisme*, pag. 14.)

J'ai entendu dire à M. le professeur Moreau, qu'à l'époque où il était interne à l'Hôtel-Dieu, il avait trouvé dans les articulations d'un sujet mort de rhumatisme, du pus véritable, semblable à celui d'un phlegmon. M. Piorry, d'après ce qui est rapporté dans quelques thèses sur le rhumatisme articulaire, a aussi trouvé une ou deux fois du pus dans les articulations.

Si ma mémoire ne me trompe pas, je crois avoir recueilli trois cas de suppuration *rhumatismale* des articulations. Toutefois, en cherchant, un peu à la hâte, dans mes cahiers d'observations, je n'ai trouvé que les deux cas suivans:

« Le 11 avril 1828, on ouvrit, à l'hôpital
» de la Charité, une jeune femme qui avait été
» affectée d'un rhumatisme articulaire très aigu,
» pendant le cours duquel il survint une pleu-
» résie. (Cette pleurésie se manifesta peut-être
» en même temps que le rhumatisme; mais
» celui-ci ayant absorbé, sans doute, toute l'at-
» tention du médecin et des assistans, on ne re-
» connut la pleurésie qu'à l'ouverture du cada-
» vre.)

» La malade ne passa qu'une quinzaine de
» jours à l'hôpital.

» L'articulation tibio-fémorale gauche était
» rouge, un peu sèche; les condyles du fémur
» étaient érodés: il n'y avait point de pus. L'ar-
» ticulation tibio-fémorale droite était pleine
» d'un véritable pus mêlé de synovie; la con-
» gestion sanguine était à peine marquée (dans
» les derniers jours de son existence, la malade
» avait cessé de souffrir dans cette articulation).
» Une des deux articulations radio-carpiennes
» était *rouge* comme l'articulation tibio-fémo-
» rale gauche, et avait été évidemment enflam-
» mée.

» La portion de la veine crurale la plus voi-
» sine de l'articulation pleine de pus, contenait
» une matière purulente, mêlée d'une sanie rou-
» geâtre. Dans tout le reste de son étendue, elle

» était oblitérée, ainsi que ses divisions, par du » sang concret; en plusieurs points, on reconnut » une certaine quantité de pus. Les parois de » la veine étaient épaissies, surtout vers le ge- » nou. Sa membrane interne était d'un rouge » violet : la concrétion fibrineuse ou fibrino- » purulente se détachait facilement.

» L'artère crurale était libre.

» Le nerf qui accompagne ces vaisseaux était » plus rouge qu'à l'état normal, et nous parut » sensiblement plus gros. »

Sur les cinq cas de rhumatisme articulaire inscrits dans un relevé de notre clinique (du 10 mars au 30 août 1832), il en est un qui fut mortel; voici une courte note sur ce cas.

L'individu qui succomba fut atteint, pendant son séjour à l'hôpital, d'un violent érysipèle de l'avant-bras et de la main gauche, avec fièvre ardente et accidens cérébraux. Il mourut le quatrième jour après l'explosion de cette grave complication (1).

A l'autopsie cadavérique, on trouva plusieurs

(1) Il est clair que ce n'est point le rhumatisme articulaire qui a fait périr ce malade. Mais il ne serait pas impossible que l'inflammation phlegmoneuse du membre et la phlébite eussent été produites par la même cause qui avait donné lieu au rhumatisme articulaire. A cette époque, j'employais les émissions sanguines

énormes foyers de pus dans les tégumens du bras et de la main, et les veines de ce membre ainsi que plusieurs autres étaient enflammées.

La plupart des articulations contenaient une synovie trouble, épaisse, offrant en quelques points l'aspect du pus.

M. Raciborski a publié le fait suivant (1) : « Villamé (Thérèse), âgée de 27 ans, cuisi- » nière, exposée à l'humidité et aux vicissi- » tudes atmosphériques, enceinte de cinq mois, » commence, le 27 janvier, à éprouver des dou- » leurs dans les hanches, suivies de frisson. » Les genoux, les pieds et les poignets se » prennent successivement, et la malade entre » dans le service de M. Piorry (n° 66, salle Saint- » Joseph). Le 1er février, on constate une tumé- » faction, avec chaleur et rougeur, de presque » toutes les articulations, et une hydarthrose du » genou gauche.

» On a prescrit plusieurs saignées pendant les » jours suivans, et deux seulement ont été faites, » à plusieurs jours de distance (par erreur ou

avec assez de générosité, sans néanmoins avoir encore fait usage de la méthode que je suis aujourd'hui. Peut-être aurions-nous sauvé ce malade, si cette méthode eût été mise en usage. Il faut, toutefois, reconnaître que les accidens cérébraux constituaient une circonstance des plus aggravantes.

(1) Communiqué à M. le docteur Raciborski, par M. Godin, élève de M. Piorry.

» négligence). La malade resta dans un état à peu
» près stationnaire jusqu'au 6 mars, où elle ac-
» coucha d'un enfant mort... Des symptômes de
» métro-péritonite se déclarent, et la malade
» succombe, le 9 mars, à huit heures du soir.

» *Aut. cadav.* — L'articulation fémoro-tibiale
» gauche présente, à l'extérieur, une tuméfac-
» tion des plus remarquables. A l'ouverture, il
» s'en écoule une quantité considérable de pus
» ayant les caractères les plus tranchés, et il en
» reste encore deux cuillerées. Les cartilages sont
» ramollis, les fibro-cartilages détruits sur quel-
» ques points. La capsule elle-même présente
» une couleur rouge foncée; de fausses mem-
» branes existent à sa surface. Des altérations
» analogues se rencontrent à un degré plus ou
» moins élevé dans les deux articulations tibio-
» tarsiennes. — L'intérieur du vagin contient
» une sérosité rougeâtre, mêlée de pus. La sur-
» face interne de la matrice est un peu ramollie.
» Pas de pus dans sa substance; les veines de la
» matrice et la veine cave n'en offrent pas non
» plus. » (*Journal hebdom.*, 12 avril 1834.)

Dans l'article qu'il a consacré au rhumatisme puerpéral des muscles et des synoviales (*Inflammation puerpérale des muscles et des synoviales*), M. Cruveilhier a rapporté trois cas de termi-

naison par suppuration (1). Il a aussi trouvé les surfaces articulaires érodées.

Dans le premier cas, les articulations tibio-tarsiennes, toutes les articulations tarsiennes et les gaînes synoviales tendineuses des muscles fléchisseur commun, fléchisseur propre et jambier postérieur étaient remplies de pus.

Dans le second cas, la suppuration avait eu lieu dans l'articulation du genou et dans le tissu cellulaire libre de la cuisse et de la jambe.

Dans le troisième cas, les foyers de pus siégeaient dans l'articulation du poignet, dans les articulations tarsiennes et dans l'épaisseur de la jambe. (Cruveilhier, *Anat. pathol. du corps humain*, 17e livraison.)

Dans le dernier concours pour l'agrégation, un des compétiteurs a cité le cas d'un rhumatisme articulaire aigu (service de M. Husson) terminé par la mort. On trouva du pus dans la

(1) Il est très vrai, et M. Cruveilhier n'a pas oublié de le dire, que chez les femmes récemment accouchées, l'inflammation rhumatismale des articulations, comme toutes les autres inflammations en général, a une tendance à la suppuration qu'on n'observe pas au même degré hors de l'état puerpéral; mais cela n'empêche pas que la nature de la maladie ne soit au fond la même. Pour se débarrasser de ces faits importuns, on a pris le parti le plus simple: on a nié, *à posteriori*, l'existence du rhumatisme chez les nouvelles accouchées *rhumatisantes* dont les articulations contenaient du pus.

plupart des articulations, et entre autres dans celle de l'axis avec l'atlas.

Quelque peu nombreux que soient les cas dont on vient de prendre connaissance, ils suffisent pour démontrer que la terminaison par suppuration ou par épanchement purulent n'est point étrangère au rhumatisme articulaire aigu(1).

(1) Que s'il s'agissait du rhumatisme dit musculaire aigu, on ne serait pas embarrassé pour rapporter des cas de suppuration du tissu cellulaire intermusculaire. Les chirurgiens nous ont tracé une histoire assez détaillée de ces abcès *rhumatismaux*. M. le professeur Roux en a observé un très grand nombre, et je me rappelle avoir fait entrer dans sa clinique, il y a un an environ, un jeune homme des plus vigoureux, attaché au service de santé de la marine, qui, à la suite de douleurs rhumatismales, fut atteint d'une énorme suppuration du tissu cellulaire du muscle grand pectoral gauche, suppuration dont il fut impossible de tarir la source et qui finit par emporter le malade.

Dans son *Anatomie pathologique du corps humain*, après avoir dit que *le rhumatisme puerpéral, comme d'ailleurs le rhumatisme inflammatoire provenant de toute autre cause* (*), *peut affecter exclusivement le tissu cellulaire qui constitue autour de chaque muscle comme une atmosphère celluleuse, les mucles étant parfaitement intacts*, M. Cruveilhier rapporte le cas suivant :

« Un jeune homme, étant allé patiner sur le canal de l'Ourcq, » saisi par le froid, éprouve une douleur vive dans toute la » cuisse : on crut à une simple douleur rhumatismale. Bientôt

(*) L'état puerpéral n'est point la cause du rhumatisme ; il constitue seulement une prédisposition à cette maladie, et favorise la terminaison par suppuration. Mais, comme nous le dirons bientôt, la seule cause *déterminante* du véritable rhumatisme aigu, est un refroidissement subit, succédant à une transpiration plus ou moins abondante, une *sueur rentrée*, comme le dit le vulgaire.

Ces faits démontrent en même temps, que le véritable et principal siége de cette maladie n'est point dans les ligamens, comme l'enseignaient Pinel, M. Chomel (1) et beaucoup d'autres. Quoi qu'en ait dit ce dernier auteur (M. Chomel), le rhumatisme articulaire aigu a pour siége réel les membranes séreuses des articulations ou

» des traces non équivoques d'inflammation se manifestèrent ; » le malade dépérit rapidement : fréquence extrême du pouls ; » mort un mois après l'invasion.

» A l'ouverture, on trouva que le tissu cellulaire de toute la » cuisse avait été envahi par la suppuration ; les muscles avaient » été comme disséqués ; le fémur, privé de son périoste, était au » centre de cette vaste dénudation. »

Après avoir examiné quelques observations de rhumatisme musculaire terminé par suppuration, M. Chomel conclut que *cette terminaison n'est encore établie sur aucun fait certain.* « Je » ne prétends pas néanmoins, dit-il, que le rhumatisme ne soit » pas susceptible de se terminer par suppuration. » (*Essai sur le rhumatisme.*)

(1) M. Chomel, dans son *Essai sur le rhumatisme*, commence par déclarer (page 8) que l'*anatomie pathologique n'a encore rien appris de certain sur les névroses, les fièvres et le rhumatisme.* Il conclut des symptômes du rhumatisme, que cette maladie a pour siége le tissu musculaire et fibreux. Toutefois, il ne se prononce qu'avec une grande réserve sur le siége du rhumatisme dans le tissu fibreux.

« L'expression de rhumatisme articulaire, dit M. Chomel, » était préférable à celle de rhumatisme fibreux qu'on lui » a substituée. En indiquant qu'il avait son siége au *niveau* » *d'une articulation*, elle ne présentait aucune idée fausse ou » douteuse : ce sera uniquement dans ce sens que je l'emploierai » dans le cours de cette dissertation. » (*Essai sur le rhum.*, p. 15.)

les synoviales. Les tissus ligamenteux ne sont pris qu'accessoirement, ainsi que plusieurs autres parties voisines, telles que les vaisseaux, le tissu cellulaire extérieur des articulations, etc.

Pour distinguer le rhumatisme des synoviales articulaires de celui des autres parties qui concourent à former ces articulations, il conviendrait, peut-être, de lui donner le nom de *synovite rhumatismale.*

CHAPITRE IV.

CAUSES DÉTERMINANTES DU RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU.

Il existe certainement pour le rhumatisme articulaire aigu, comme pour la plupart des autres maladies, une véritable prédisposition. Mon objet actuel n'est pas d'insister sur cette circonstance, qu'il m'importait seulement de noter en passant.

Quant aux causes déterminantes de la maladie qui nous occupe, elles se réduisent, en dernière analyse, à une seule, savoir, l'action du froid, surtout humide. Cette action est d'autant plus puissante, qu'elle s'exerce chez un individu dont le corps est échauffé outre mesure et dans un état d'abondante transpiration. Les fatigues musculaires constituent aussi une condition éminemment favorable au développement de cette maladie. L'influence du froid, à la suite de violens exercices, a été parfaitement signalée par Sydenham : *Hâc ut plurimum occasione rheumatismus nascitur; æger sc. sive exercitio aliquo vehementiori, sive aliquo modo excalefactus, mox repentinum frigus admisit.*

Cette cause est tellement évidente, que l'on a réellement quelque peine à concevoir comment elle a pu, dans ces derniers temps, être révoquée en doute. Chose assez singulière, à notre avis : le même auteur qui nie l'influence du froid pour la production du rhumatisme articulaire, reconnaît au rhumatisme musculaire la cause dont il s'agit (1).

Quelque profondément convaincu que je fusse par l'autorité des observateurs qui nous ont précédés, et par l'autorité des faits que j'avais antérieurement recueillis, de l'influence du froid sur le développement du rhumatisme articulaire, j'ai voulu, par de nouvelles observations, savoir à quoi m'en tenir sur la valeur de l'opinion contraire. Or, environ cinquante sujets affectés de rhumatisme articulaire aigu, interrogés par nous dans le courant de cette année, nous ont, pour la plupart, formellement déclaré, en présence d'une foule d'élèves, que leur maladie avait bien été *occasionée* (pour nous servir de l'expression de Sydenham) par des alternatives de chaud et de froid. Quelques sujets, il est vrai, commencent

(1) « L'influence du froid est extrêmement prononcée sur la » production du rhumatisme musculaire; mais pour le rhu» matisme articulaire cette cause est à peu près nulle. » (*Lancette française*; *Résumé de la Clin. de M. le prof. Chomel, jeudi 1er octobre* 1835.)

par répondre qu'ils ne connaissent pas la cause de leur maladie. Mais en les interrogeant avec le soin nécessaire, on ne tarde pas à savoir que tous ou presque tous ont été exposés à la cause ci-dessus indiquée. Au reste, la règle générale passe toujours avant l'*exception*.

Si ce qui précède est bien vrai, on ne doit pas s'étonner de ce que, toutes choses égales d'ailleurs, le rhumatisme affecte de préférence les personnes qui par leurs travaux ou leurs professions subissent souvent des alternatives de chaud et de froid, tels que les marchands de vin, les boulangers, les cuisiniers, les laboureurs, les militaires, les blanchisseuses. On conçoit aussi pourquoi le rhumatisme articulaire aigu sévit le plus fréquemment pendant les saisons dans lesquelles les vicissitudes de chaud et de froid sont très communes, etc., etc.

On a créé, je le sais, pour le rhumatisme, comme on l'avait fait pour tant d'autres maladies, un agent spécial, un *âcre, un virus rhumatismal*, *une humeur rhumatismale*. Mais c'est là une hypothèse des plus gratuites, et l'on est affligé de voir un aussi excellent observateur que Stoll partager, en quelques endroits de ses écrits, une pareille erreur. Cet illustre médecin, comme personne ne l'ignore, a fait jouer

aussi à son état gastrique ou saburral, à sa *poli-cholie*, un rôle important dans la production de certains rhumatismes, et de là même, ainsi que nous le dirons plus loin, sa malheureuse division de cette maladie en *rhumatisme inflammatoire* et en *rhumatisme non-inflammatoire*. Quelque imposante que soit une opinion soutenue du beau nom de Stoll, on ne saurait, pourtant, lui sacrifier l'observation, et ce serait faire un tel sacrifice que d'admettre tout ce que le célèbre médecin de Vienne a écrit touchant l'influence qu'exerce la bile sur le développement du rhumatisme, comme sur celui de la pleurésie, de la pneumonie et de la plupart de toutes les autres maladies aiguës (1). Il ne faut pas que notre respect pour les grands maîtres qui ont vécu avant nous, aille jusqu'à l'idolâtrie. C'est en marchant sur leurs traces, et non par une adoration superstitieuse et servile, qu'il convient d'honorer les génies supérieurs (1).

(1) Au reste, en divers endroits de sa Médecine pratique, Stoll signale très *explicitement* l'influence des alternatives de chaud et de froid sur la production du rhumatisme. A la page 241 du tom. III, par exemple, il dit : *On voyait affectés de rhumatismes des hommes bien portans d'ailleurs, pour s'être exposés, dans un état de sueur, à un air froid.* A la page 218, en parlant de la dysenterie *rhumatismale* ou du *rhumatisme intestinal*, il déclare *qu'il n'a jamais vu cette maladie avoir lieu sans que les malades eussent à se reprocher de s'être exposés au froid étant en sueur.*

CHAPITRE V.

DE LA NATURE DU RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU.

§ Ier.

Lorsqu'on a bien observé, sous tous les rapports, un certain nombre de cas de rhumatisme articulaire aigu, on a lieu de s'étonner des longues disputes dont la nature de cette maladie a été l'objet. On est particulièrement surpris qu'un des praticiens les plus célèbres de notre époque, après avoir cherché vainement à placer le rhumatisme dans l'une des classes des cadres nosologiques les plus connus, se trouve réduit à l'installer entre les phlegmasies et les hémorrhagies.

« Le rhumatisme ne pouvait être mieux placé, » dit M. Chomel, qu'à la fin de la classe des » phlegmasies, avec lesquelles il a plus d'analo- » gie qu'avec aucune autre affection, et immé- » diatement avant celle des hémorrhagies, avec » laquelle il a aussi des connexions intimes, et » notamment par ses fréquens retours et sa mo- » bilité.

» Il offre avec les maladies nerveuses beau-

» coup d'analogie par *l'absence de toute es-*
» *pèce de lésion organique dans les parties qu'il*
» *affecte*... Il se montre fréquemment avec des
» phénomènes inflammatoires; mais ce n'est
» pas dans les parties affectées de rhumatisme
» *que ces phénomènes ont lieu.* (*Essai cité*, pag. 66, 67.) (1)

Toutefois, il faut reconnaître que de bon observateurs, dans tous les temps, ont reconnu au rhumatisme articulaire aigu un caractère inflammatoire. Mais comme, tout en admettant sa nature inflammatoire, il offre des caractères qu'on ne rencontre pas dans d'autres inflam-

(1) Voici quelques variantes de cette opinion :

Dans le compte-rendu des leçons de M. Chomel sur le rhumatisme, on s'exprime ainsi relativement à la nature de cette maladie : « Après avoir comparé le rhumatisme à toutes les ma-
» ladies connues, nous sommes forcé de reconnaître qu'il forme
» un groupe, une famille tout aussi naturelle que la fièvre in-
» termittente. » (*Lancette française*, 4 septembre 1834.)

Dans cet article, on s'applique à détailler les différences qui existent entre le rhumatisme et l'inflammation, laquelle, dit-on, *n'a qu'une forme*; et dans les cas où *le rhumatisme semble revêtir une forme inflammatoire*; on le rapproche de la variole!!! De ce que la fièvre persiste lorsque toutes les articulations sont devenues libres, on en conclut que le rhumatisme *articulaire* ne réside pas dans les *articulations*; et, à cette occasion, pas un seul mot des inflammations rhumatismales du péricarde, de l'endocarde, de la plèvre, etc., qui alimentent cette fièvre, et produisent *ce phénomène curieux qui ne se voit jamais dans l'inflammation*.

mations, il fallait bien *spécialiser le rhumatisme articulaire*. C'est pourquoi ceux-ci le classèrent parmi les catarrhes, ceux-là, parmi les fluxions. Comme, par les progrès continuels de la science, les catarrhes et les fluxions de l'espèce de ceux dont on rapprochait le rhumatisme articulaire aigu, sont venus aujourd'hui se fondre et se perdre en quelque sorte dans la vaste classe des phlegmasies proprement dites, il s'ensuit que cette dernière maladie elle-même a dû éprouver un semblable sort.

Ce n'est pas, en conscience, sans une sorte de pudeur médicale que l'on se trouve aujourd'hui forcé de démontrer la nature inflammatoire du rhumatisme articulaire aigu, à son *maximum* d'intensité, surtout depuis que tant de faits ont démontré la coïncidence de la péricardite et de l'endocardite avec cette maladie. Hé quoi! on oserait refuser le titre de phlegmasie à une maladie qui, portée à son plus haut degré, est caractérisée, sous le point de vue de ses symptômes locaux, par la douleur, la chaleur, la tuméfaction, la rougeur, et sous le point de vue de l'état général, par une fièvre des plus violentes qui se puissent rencontrer; à une maladie qui, dans des cas malheureux où elle s'est terminée par la mort, a été accompagnée de suppuration dans les articulations; à une maladie qui se dé-

veloppe sous les mêmes conditions atmosphériques que les autres inflammations les plus franches, telles que l'angine, la bronchite, la pleurésie, la pneumonie, la péricardite, etc. (1); à une maladie qui, comme nous allons bientôt le voir, cède, ainsi que ces dernières, à la grande méthode des émissions sanguines bien appliquée, et qui est rebelle à toutes les autres métho-

(1) Encore une fois, il n'est aucun véritable observateur qui puisse soutenir aujourd'hui que les causes du rhumatisme articulaire aigu sont tout-à-fait inconnues. Quoi! les grandes et brusques alternatives de chaud et de froid, surtout à la suite de pénibles exercices musculaires, seraient étrangères au développement du rhumatisme articulaire aigu! Répondre par l'affirmative, c'est nier la *lumière* et le *mouvement*. Au reste, en admettant qu'en effet les causes du rhumatisme articulaire aigu sont entièrement inconnues, les médecins que nous réfutons assimilent cette affection à la pneumonie, à la pleurésie, à la péricardite; car ils professent que les causes de ces maladies sont également ignorées, bien que les vicissitudes atmosphériques indiquées ci-dessus exercent sur leur développement comme sur celui du rhumatisme articulaire aigu, la plus évidente comme la plus fatale influence.

La doctrine étiologique que nous exposons à l'égard du rhumatisme articulaire, de la pneumonie, de la pleurésie, etc., est tout-à-fait conforme à celle de Syhenham. En effet, voici comment s'exprime cet oracle de l'observation, à propos des causes des maladies qu'il désigne sous le nom de fièvres intercurrentes, telles que la *pleurésie*, la *péripneumonie*, l'*angine*, etc.

« Causa evidens EXTERNA (horum morborum) inde petenda » est, quòd quis scilicet vel præmaturiùs vestes abjecerit; vel » ab exercitio incalescens se frigori incautiùs exposuerit... et

des (1) ; à une maladie enfin dans laquelle le sang que l'on retire aux individus qui en sont affectés, offre le *type* de la couenne inflammatoire !

Il est très vrai que l'on voit assez souvent le rhumatisme articulaire passer rapidement d'une articulation à une autre, revenir dans l'articulation qu'il avait abandonnée, la quitter encore pour une autre. Ce caractère de mobilité, de *déambulation*, du rhumatisme articulaire, justement signalé par tous les observateurs, constitue-t-il donc une particularité inconciliable avec la nature inflammatoire que nous lui reconnaissons ? S'il en est ainsi, il nous faut rayer aussi de la liste des phlegmasies certains érysipèles, certaines angines, certains catarrhes, tou-

» sanè existimo plures modo jam designato, quàm PESTE, GLA-
» DIO, atque FAME simul omnibus, PERIRE. » (Op. cit., pag. 160.)

(1) Voilà encore, je le sais, une proposition *mal sonnante* et *sentant l'hérésie* pour les médecins que nous combattons. Ils enseignent, en effet, que les émissions sanguines n'arrêtent point le rhumatisme articulaire aigu dans son cours, n'en abrègent pas sensiblement la durée, ne le *guérissent* pas, en un mot. Je conviens, de très bonne grâce, que les émissions sanguines, pratiquées d'une certaine façon, sont aussi impuissantes qu'on le déclare ; mais ce que j'affirme, sur la foi de l'expérience la plus concluante, c'est que les émissions sanguines coup sur coup, telles que nous les pratiquons, guérissent le rhumatisme articulaire aigu, la pleurésie, la pneumonie, etc. J'en appelle, à cet égard, aux dépositions consciencieuses des nombreux témoins de notre pratique !

tes maladies qui, à un très léger degré, peuvent disparaître dans l'espace de vingt-quatre heures, et même moins.

Il y a, d'ailleurs, pour le déplacement et la disparition brusque du rhumatisme articulaire, des conditions particulières dont il importe de tenir compte, et dont les principales sont les suivantes : 1° le peu d'intensité de la maladie, et sa dissémination sur plusieurs articulations dès son début, circonstances qui sont, jusqu'à un certain point, corrélatives, car il semble que cette maladie perde en profondeur ce qu'elle gagne en étendue; 2° l'influence de la cause extérieure qui a produit le rhumatisme primitif, agissant sur une partie jusque là respectée, et dans ce cas, ce n'est pas, comme on le dit, le rhumatisme d'une articulation malade qui se porte sur celle qui était saine; mais celle-ci s'étant fortement prise, l'autre s'est dégagée plus ou moins, conformément à la grande loi d'Hippocrate : *duobus laboribus simul obortis non in eodem loco, vehementior obscurat alterum;* 3° enfin, la diathèse rhumatismale générale que produit nécessairement un refroidissement général, succédant à une chaleur accompagnée de transpiration plus ou moins abondante, bien que cette cause n'ait déterminé d'abord, et en quelque sorte d'emblée, une fluxion inflammatoire que sur quelques articulations.

Je me sers à dessein du mot fluxion inflammatoire pour rapprocher la nuance ou le degré de rhumatisme que nous étudions ici, de ces fluxions de la face, qui accompagnent quelquefois le mal de dent ou la carie dentaire. Dira-t-on que ces dernières ne sont pas inflammatoires, parce qu'on les voit se dissiper très rapidement, aussitôt que la douleur atroce qui constitue le symptôme prédominant de cette carie a disparu? Pour réduire à sa juste valeur une telle dénégation, il suffit de faire remarquer que dans les cas où cette fluxion est portée à un très haut degré, on la voit se terminer par un véritable abcès. Gardons-nous bien, on ne saurait trop le répéter, de prendre des différences dans l'intensité d'une seule et même maladie, pour des différences dans sa nature ou son essence.

J'ai dit plus haut que la connaissance du grand fait de la coïncidence de la péricardite et de l'endocardite avec le rhumatisme articulaire aigu, déposait en faveur de sa nature inflammatoire. En effet, qu'est-ce autre chose que la péricardite et l'endocardite, sinon un véritable rhumatisme du tissu séro-fibreux du cœur? et par contre, qu'est-ce que le rhumatisme articulaire aigu, sinon une inflammation, et pour ainsi dire une endocardite ou une péricardite du tissu séro-fibreux des articulations?

On insiste et on dit : Mais nous connaissons l'inflammation des articulations par cause externe, ou l'arthrite *traumatique*, *chirurgicale*, et elle ne se comporte pas à la manière du rhumatisme articulaire aigu ; donc celui-ci n'est pas une arthrite. En vérité, de pareilles objections ne méritent guère l'honneur d'une réfutation.

Vous dites que vous connaissez l'arthrite *traumatique* ou *chirurgicale*, et qu'elle ne se comporte pas comme le rhumatisme ; il aurait bien mieux valu dire, ce me semble, que vous connaissez l'arthrite non *traumatique*, *médicale*, et qu'elle ne ressemble point à l'affection appelée rhumatisme articulaire aigu. Nous disons, nous, que le rhumatisme articulaire aigu ressemble si bien à l'arthrite *médicale* ou produite par une cause non *traumatique*, qu'il est impossible de citer un seul cas de cette dernière si on ne la confond pas avec le rhumatisme articulaire aigu. Or, de toutes les membranes séreuses, les synoviales seraient-elles donc les seules qui n'auraient jamais leur inflammation *médicale* ou de cause *interne* ?

Quoi ! parce que la pleurésie, la pneumonie, la péricardite, qui se développent sous l'empire des mêmes causes que le rhumatisme articulaire aigu, ne se comportent pas non plus absolument comme la péricardite, la pleurésie, la pneumo-

nie traumatiques, on irait en conclure que les premières ne sont pas des inflammations! Sans doute, l'espèce de cause qui produit une phlegmasie lui imprime un cachet particulier, une forme, une marche, qui n'appartiennent pas aux autres phlegmasies déterminées par des causes différentes, et il faut prendre en sérieuse considération ces particularités; mais cela n'empêche pas que le fond ne reste essentiellement le même, que le type inflammatoire ne soit, dans tous les cas, évident à des esprits vraiment observateurs! Voudrait-on, par exemple, qu'un individu pris tout-à-coup, à la suite d'une alternative de chaud et de froid, d'un rhumatisme articulaire sur-aigu et éparpillé sur un grand nombre de points différens, éprouvât absolument le même appareil symptomatique qu'un individu affecté d'une inflammation d'une seule articulation produite par un coup, une chute, une cause dite *locale* quelconque? Certes, il est impossible à tout médecin doué du simple sens commun médical, de soutenir une pareille hérésie. Toute cause qui saisit à la fois plusieurs points de l'économie, qui s'étale et se généralise, peut, en même temps qu'elle fait éclater dans certains points une véritable inflammation, n'exercer ailleurs son influence qu'au degré d'une simple excitation, et mettre en jeu cette *diathèse générale* qui, sans être une inflam-

mation bien caractérisée, n'en est pas moins un état qui tend réellement à passer à l'inflammation, et, pour ainsi dire, une inflammation à l'état naissant ou rudimentaire. Le système sanguin est certainement le siége ordinaire de cette diathèse inflammatoire générale qui, comme je crois l'avoir prouvé ailleurs, se confond avec l'état fébrile. Il semble que les nouveaux faits que nous avons recueillis sur le rhumatisme articulaire aigu, soient venus tout exprès pour appuyer la doctrine que nous rappelons ici. En effet, dans quel cas observe-t-on une fièvre dite inflammatoire, une *synoque* plus violente et mieux caractérisée que dans le rhumatisme articulaire suraigu, fièvre qui continue assez souvent à un haut degré, après la cessation de l'inflammation des articulations? Or, n'est-ce pas une chose bien digne de toute l'attention des vrais observateurs, que cette endocardite, cette phlébite et parfois cette artérite, qui se rencontrent chez les individus atteints du rhumatisme articulaire aigu?

Quoi qu'il en soit, il est évident que les phlegmasies multipliées des articulations produites par la cause *rhumatismale*, doivent être moins profondes que l'inflammation traumatique d'une seule de ces articulations; qu'elles doivent par conséquent moins adhérer aux parties qu'elles affectent, se déplacer plus facilement, se repro-

duire aussi sous l'influence renouvelée de la cause, comme l'arthrite traumatique renaîtrait elle-même si une nouvelle cause agissait avec la puissance voulue; mais avec cette différence que, dans ce dernier cas, il n'existe pas la diathèse inflammatoire générale qui favorise le développement d'une inflammation locale dans les points sur lesquels une cause *irritante* quelconque peut agir. Ajoutons que, d'ailleurs, ces arthrites traumatiques ne coïncident pas, comme les violentes arthrites rhumatismales, avec une péricardite, une endocardite aiguë, et que la connaissance de cette dernière circonstance nous donne réellement la clef de plusieurs phénomènes qui jusque là avaient dû singulièrement embarrasser les observateurs. De telle sorte, par exemple, que cette fièvre rhumatismale ou arthritique, encore présente lorsque le rhumatisme lui-même est absent, sur laquelle quelques uns faisaient reposer leur théorie de l'essence non inflammatoire de cette maladie, est précisément une des preuves les plus décisives en faveur de la théorie contraire. En effet, la cause qui l'entretient (cette fièvre) est ordinairement une inflammation de l'endocarde ou du péricarde, inflammation qui, je le répète, n'est elle-même qu'un rhumatisme de ces tissus séro-fibreux.

Ainsi donc, les particularités que présente le rhumatisme articulaire aigu dans son cours

n'empêchent pas qu'il ne doive être rangé dans la classe des phlegmasies. C'est ce qu'avait très bien vu mon savant confrère et ami, M. le docteur Roche, dans son bel article *Arthrite* du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*. Mais voici comment il distingue entre elles l'arthrite *traumatique* et l'arthrite *rhumatismale*: « On ne saurait douter, dit-il, que l'arthrite » traumatique consiste dans *l'inflammation* pure » et simple des tissus fibreux et séreux qui con- » courent à former l'articulation, et l'on con- » çoit que cette inflammation doive rester locale » comme sa cause, qu'elle soit fixe, continue, » régulière et non sujette à récidiver. Il nous pa- » raît certain que dans le rhumatisme, outre » *l'inflammation* articulaire, il existe une *alté-* » *ration* du sang qui tient même en partie celle- » ci sous sa dépendance. »

Quelle est donc cette altération du sang surajoutée à l'inflammation articulaire, qui tient même en partie celle-ci sous sa dépendance, et qui caractérise spécialement le rhumatisme articulaire? Je regrette que M. Roche ne se soit pas plus amplement expliqué là-dessus; si, à l'époque où cet excellent esprit a rédigé son article, la péricardite et l'endocardite rhumatismales eussent été connues comme elles le sont aujourd'hui, aurait-il placé uniquement dans une altération

du sang qu'il ne *spécifie* pas, le caractère pathognomonique du rhumatisme articulaire aigu?

Ce n'est pas que je nie l'altération du sang dans le rhumatisme articulaire aigu. J'ai fait, pour ma part, de nombreuses recherches qui démontrent, au contraire, qu'il n'est aucune autre maladie franchement inflammatoire, pas même la pneumonie, dans laquelle on observe une plus belle couenne inflammatoire, un caillot plus ferme, plus résistant, plus glutineux (1). Mais il faut néanmoins reconnaître que ce n'est pas là un caractère qui distingue le rhumatisme articulaire aigu des autres phlegmasies aiguës franches, avec forte réaction fébrile, puisque, au contraire, ce caractère leur est commun à toutes. Il m'a semblé que si le caillot était si ferme et si glutineux, la couenne inflammatoire si épaisse, si dense, si résistante, si bien organisée en fausse membrane, c'est que la fièvre rhumatismale est, par excellence, la fièvre dite inflammatoire; que cette fièvre inflammatoire est, en partie du moins, le résultat d'une véritable phlegmasie de la membrane interne du système vasculaire en général, et de l'endocarde en particulier, et que

(1) Je reviendrai sur cet état du sang dans un article où je me propose de faire connaître ce que nos observations nous ont appris sur l'état physique de ce liquide dans les diverses maladies.

cette inflammation donne lieu à une sécrétion pseudo-membraneuse qui concourt à la formation de la couenne (1).

Jusqu'à ce jour, on s'était borné à constater la couenne inflammatoire dans le sang fourni par la saignée générale. Ainsi que je l'ai déjà dit précédemment, nous avons trouvé aussi la couenne sur les caillots fournis par les saignées pratiquées autour des articulations au moyen des ventouses (2). Nous avons actuellement sous les yeux un individu pâle, anémique, rhumatisant depuis cinq à six ans, qui, depuis une quinzaine de jours, offre un rhumatisme subaigu de plusieurs des articulations des membres inférieurs, et spécialement du genou droit. Comme il n'existe presque point de réaction fébrile, que le cœur est intact, je n'ai pas cru pouvoir, vu l'état d'appauvrisse-

(1) L'inflammation de la membrane interne du système sanguin peut, par un autre mécanisme que je ne connais pas, disposer le sang à présenter la couenne inflammatoire, et on donnera, si l'on veut, le nom d'*hémite* à cette altération du sang. Ce qu'il y a de certain, c'est que l'altération dont il s'agit est le produit d'un violent appareil fébrile, sans complication de l'état typhoïde ou putride, et que cet appareil fébrile, ainsi que je l'ai dit dans le *Traité des fièvres* et ailleurs, a son siége réel dans le système vasculaire et le sang qui y circule.

(2) J'ai constaté la même particularité dans d'autres phlegmasies, et notamment dans l'érysipèle et la pleurésie.

ment de la masse sanguine, faire pratiquer de saignée générale; mais des ventouses ont été appliquées deux jours de suite sur l'articulation malade, et, chose digne de remarque, malgré cet état d'appauvrissement du sang, elles ont fourni des rondelles fermes, glutineuses, recouvertes d'une couenne grisâtre, résistante.

Si tout ce que nous venons de voir ne suffisait pas pour démontrer clairement, j'ai presque dit mathématiquement, la nature inflammatoire du rhumatisme articulaire aigu, je pourrais encore présenter un nouvel argument d'une grande valeur, et que voici : s'il est vrai que le rhumatisme articulaire aigu constitue bien une inflammation, il devra, dans le cas où il se *fixe* sur une articulation pendant plusieurs mois, quand il passe à l'état chronique enfin, amener dans cette articulation les mêmes désordres qu'y produirait une inflammation non contestée. Or, c'est là précisément ce qui arrive. Qu'on dissèque les articulations frappées d'une tumeur *blanche rhumatismale*, et l'on verra si réellement les altérations qui la constituent ne sont pas semblables à celles qui caractérisent la tumeur blanche par cause traumatique, si elles ne dénotent pas l'existence d'un état inflammatoire antérieur. J'ai eu, pendant mon internat à l'hôpital Saint-Louis, d'assez fréquentes

occasions de m'assurer de la vérité de ce que je viens d'avancer.

C'est ici le cas de rapprocher, d'ailleurs, les altérations que la péricardite et l'endocardite rhumatismales chroniques entraînent à leur suite, de celles que l'arthrite rhumatismale chronique détermine de son côté. Eh bien! à part les différences qui tiennent à l'organisation diverse du cœur et des articulations, ces altérations sont essentiellement les mêmes. Dans les deux cas, en effet, des adhérences, des solutions de continuité, des épaississemens purement hypertrophiques ou avec transformation des tissus, voilà ce qu'on rencontre.

Le rhumatisme articulaire aigu, ainsi que nous l'avons vu, peut, selon ses degrés d'intensité, tantôt affecter la forme purement *fluxionnaire*, et tantôt revêtir la forme *suppuratoire*. Or, sous ce nouveau point de vue, il se rallie encore à une foule d'autres maladies dont aucun médecin ne nie la nature inflammatoire.

Voyez l'ophthalmie et le coryza : dans le premier degré, la première nuance, le premier *ton* de la phlegmasie, flux séreux, avec rougeur et congestion sanguine modérée; dans un degré très élevé, ophthalmie et coryza avec sécrétion *puriforme*.

Voyez la stomatite : premier degré, flux abon-

dant de salive et de mucus séreux, ptyalisme; degré élevé, sécrétion pseudo-membraneuse, aphthes, etc.

Étudiez le catarrhe bronchique : comparez l'expectoration du premier degré avec celle d'un degré beaucoup plus élevé, et vous verrez la même différence.

Étudiez le catarrhe intestinal, connu sous le nom de dysenterie ou flux de sang : premier degré, hypercrinie séreuse; degré très élevé, sécrétion glaireuse ensanglantée, puriforme, et même pseudo-membraneuse quelquefois; tendance à l'ulcération, etc.

Examinez la blennorrhagie : premier degré, flux séreux; degré plus élevé, flux purulent.

Voulez-vous des rapprochemens plus *naturels* encore, s'il est possible? Voyez l'inflammation de l'arachnoïde, membrane qui, comme les synoviales, se déploie par une de ses portions sur un tissu fibreux : degré léger (fièvre cérébrale, hydrocéphale aiguë), épanchement séreux; degré plus élevé, épanchement purulent ou pseudo-membraneux, etc.

Voyez les inflammations phlegmoneuses et parenchymateuses elles-mêmes, elles vous présenteront de semblables particularités. Ouvrez, par exemple, un phlegmon naissant, à l'état de crudité, vous trouverez le tissu cellulaire infiltré d'une

sérosité un peu épaisse, d'une lymphe gélatiniforme; ouvrez ce même phlegmon bien formé, à l'état de *maturité*, c'est du pus que vous rencontrerez.

Ainsi, de bonne foi, aucun observateur ne saurait contester qu'une seule et même maladie ne puisse affecter une foule de formes différentes, sans cesser pour cela de conserver son essence ou sa nature propre. Il est si vrai que les produits sécrétés se modifient selon le degré de la *phlogose*, de *l'irritation*, de *l'inflammation*, que les phlegmasies diverses dont nous venons de parler, lorsqu'elles se terminent par une résolution graduée, finissent en quelque sorte comme elles avaient commencé, c'est-à-dire qu'un simple flux séreux succède à la suppuration, qui elle-même avait été précédée de flux séreux ou de simple sur-sécrétion (hypercrinie de M. Andral). On sait même que les phlegmasies peuvent se prolonger indéfiniment sous cette dernière forme, ce qui constitue les catarrhes et les flux séreux des anciens.

Pourquoi les métamorphoses par lesquelles passent successivement les diverses phlegmasies ci-dessus notées, ne se remarqueraient-elles pas dans le rhumatisme articulaire, et si ces métamorphoses n'empêchent pas que le *fond* des premières ne soit inflammatoire, pourquoi n'en se-

rait-il pas de même pour le dernier? Ajoutons que si la forme fluxionnaire, *hypercrinique*, du rhumatisme, est susceptible d'une disparition rapide, il en est de même de la forme correspondante de la plupart des autres phlegmasies. Toutefois, il faut reconnaître qu'en raison des différences d'organisation, tout étant égal d'ailleurs, la mobilité n'est pas la même pour toutes les phlogoses, quel que soit leur siége.

Avouons-le donc franchement, sous quelque point de vue qu'on étudie, avec attention, la maladie dite rhumatisme articulaire aigu, elle appartient par sa nature à la grande classe des phlegmasies; elle en constitue même l'une des plus importantes espèces, en raison de la dissémination des tissus qu'elle affecte spécialement, tissus qui ne sont point exclusivement propres aux articulations, mais qui se rencontrent, au contraire, dans d'autres parties extérieures et intérieures: de là ces inflammations internes qui coïncident avec celle des articulations, et dont la connaissance a jeté un jour nouveau et inattendu sur les phénomènes du rhumatisme articulaire aigu.

§ II.

Voyons maintenant si l'opinion que nous ve-

nons de développer est bien conforme à celle de deux médecins dont les travaux ont le plus illustré le XVIIe et le XVIIIe siècle, je veux dire Sydenham et Stoll.

Quant au premier de ces deux immortels observateurs, il ne balance point à reconnaître au rhumatisme une nature inflammatoire, et il recommande, en conséquence, de lui appliquer libéralement la méthode des émissions sanguines. Voici, d'ailleurs, en quels termes il fait sa profession de foi à cet égard. Après avoir décrit deux espèces de rhumatisme, savoir le rhumatisme articulaire aigu proprement dit, et le lumbago rhumatismal (*lumbago rheumatica*), il dit : *Cum utraque hæc morbi species ab inflammatione videatur oriri, quod tum jam dicta arguunt phænomena, tum præsertim sanguinis venæ-sectione educti color, utpote qui pleuriticorum sanguini tam est similis, quam ovum ovo, neque quisquam reperiatur, qui hos inflammatione laborare vel quidem dubitaverit; his, inquam, ita se habentibus, censeo ego, curationem non aliunde quam à phlebotomiâ debere sumi*... (De rheumatismo.)

La théorie de Stoll, moins simple que celle de Sydenham, ne paraît pas, au premier abord, rentrer aussi complètement dans celle que nous

avons soutenue (1). En effet, le célèbre praticien de Vienne n'hésite point à considérer comme inflammatoire un certain *rhumatisme;* mais il en est *un autre* auquel il semble refuser le *processus inflammatoire.* Entrons dans quelques détails à ce sujet. Si l'on doit professer une grande admiration pour le génie observateur de Stoll en général, il n'en est pas moins vrai que son système sur les différentes espèces d'une seule et même maladie pèche en beaucoup d'endroits, et se trouve souvent en opposition avec les faits les mieux constatés. Au reste, il n'est pas indifférent de noter que, sous *son point de vue théorique,* Stoll se trouve parfois en contradiction avec lui-même.

Quand on lit et qu'on médite attentivement les nombreux endroits dans lesquels Stoll s'est occupé du rhumatisme, et qu'on s'attache à l'*esprit* plutôt qu'à la *lettre* de ce qu'il écrit, on ne tarde pas à se convaincre que les différences qu'il admet dans le rhumatisme reposent plus sur les causes et le siége que sur la nature même de la maladie.

C'est ainsi que le rhumatisme qu'il appelle *bilieux*, *gastrique* ou *saburral*, ne diffère point du rhumatisme qu'il appelle *inflammatoire*, sous le rapport des symptômes et de ce qui

(1) Voy. *Médecine pratique de Maximil. Stoll*, traduite par P.-A.-O. Mahon, Paris, an IX.

se passe dans les parties malades, mais bien sous le point de vue étiologique, le premier *seul* étant d'origine gastrique, bilieuse, c'est-à-dire « produit par une matière ACRE et bi-» lieuse, résorbée en grande partie de l'estomac, » et portée à la superficie du corps, où elle se » fixe sur les orifices des vaisseaux exhalans » qu'elle IRRITAIT. » On voit, par les expressions mêmes de Stoll, telles que nous les avons soulignées, que le rhumatisme *bilieux* lui-même était bien, selon lui, une *irritation*, mais une irritation qui, au lieu d'être produite par un refroidissement subit, l'était par le transport sur les parties malades d'une *impureté gastrique*, d'une *bile âcre, irritante*, etc.

Ainsi donc, il ne s'agit réellement ici que d'une question d'étiologie, et pourvu que l'on accorde à Stoll ce qu'il dit de sa chère *polycholie* dans le développement du rhumatisme articulaire aigu, de la *fièvre rhumatismale*, de son côté, il ne niera pas que le mal articulaire ne constitue une inflammation (1).

(1) Il vous fera d'autant plus volontiers cette concession, qu'il dit positivement, en parlant des rhumatismes gastriques de mars 1777, que le sang était inflammatoire, que tel était aussi le caractère des maladies jusque là régnantes, ce qui, d'abord, lui avait fait prendre les rhumatismes pour inflammatoires.

Stoll ne sépare point le rhumatisme articulaire du rhuma-

Ainsi réduite à ses véritables termes, la question de la *nature diverse* du rhumatisme mérite bien qu'on l'examine sérieusement, avec maturité, dans un esprit dégagé de toute prévention systématique, libre de tout préjugé d'école. En effet, tout en admettant que dans le rhumatisme bilieux ou gastrique, la maladie locale soit bien de nature inflammatoire, il est évident que, conformément à ce principe : pour détruire l'effet, il faut s'attaquer à la cause (*sublatâ causâ tollitur effectus*), dans cette espèce de rhumatisme, la première indication qui se présente, c'est de faire vomir, et l'on sait si Stoll fut fidèle à ce principe. Reste donc à savoir si réellement le rhumatisme procède quelquefois de la *bile* et de l'*estomac*, comme nous l'enseigne Stoll, ou si, au contraire, dans les cas mêmes où l'appareil bilieux existe chez les individus rhumatisans, il ne constitue pas une complication, une coïncidence, plutôt qu'une *cause* du rhumatisme. Rien ne semble plus facile, au premier abord, que de dégager l'inconnue du problème qui nous

tisme dit musculaire : il *se garde bien surtout de dire que le froid produit l'un et qu'il ne produit pas l'autre.* Et comment, en effet, aurait-il pu commettre cette dernière erreur, lui qui cite des cas dans lesquels, sous l'influence du froid, il a vu survenir à la fois, chez le même individu, les deux espèces de rhumatisme dont il s'agit ?

occupe : *Faites vomir le malade*, dira-t-on ; *s'il guérit, c'est bien au rhumatisme d'origine bilieuse que vous aurez eu affaire ; si les évacuans ne réussissent pas, telle n'aura point été, au contraire, l'origine du rhumatisme.* C'est là précisément le procédé d'*élimination* suivi par Stoll, et il déclare souvent n'avoir pu résoudre le problème que de cette manière. Cependant, que de choses à dire contre la logique de Stoll ! En effet, de ce que les évacuans auront guéri un rhumatisme, peut-on en conclure rigoureusement que de la *bile âcre, résorbée* de l'estomac, avait produit ce rhumatisme ? N'est-ce donc qu'en s'opposant à cette hypothétique résorption que les évacuans peuvent être utiles ? Est-il bien démontré que la guérison obtenue à la *suite* des évacuans en était l'*effet* (*post hoc, ergò propter hoc*), et les mêmes rhumatismes que Stoll *guérissait* avec l'émétique, d'autres praticiens ne les *guérissaient-ils pas* sans avoir recours à ce moyen ? N'est-il donc pas d'autres inflammations, telles que la pleurésie, la pneumonie, que l'on *a cru* avoir guéries par les émétiques, bien que, assurément, elle ne se fussent pas développées par le mécanisme de Stoll, savoir : la résorption d'une matière âcre contenue dans l'estomac, etc., etc. ?

Mais en voilà trop sur cette question. Qu'il nous suffise de savoir que, même en adop-

tant les idées de Stoll sur les *rhumatismes d'origine gastrique*, il ne s'ensuit nullement, du propre aveu de cet illustre praticien, que le *rhumatisme articulaire aigu* ne constitue pas une inflammation. De ce qu'une inflammation produite par une épine réclame pour première opération thérapeutique l'extraction du corps étranger, de *la matière âcre*, si l'on peut ainsi dire, qui l'a produite, faudrait-il en conclure que cette *inflammation n'est pas une inflammation ?* Que, pour guérir le rhumatisme articulaire aigu prétendu *bilieux*, il soit nécessaire d'extraire la matière *âcre de l'estomac*, d'arracher en quelque sorte l'*épine bilieuse*, le *corps étranger saburral*, à la bonne heure; mais puisque, à part la cause, ce rhumatisme ressemble à celui que vous appelez inflammatoire, vous ne pouvez, en saine logique, et mieux encore, en saine observation, lui refuser la même nature.

Au reste, Stoll nie si peu le génie inflammatoire du rhumatisme, qu'il donne à cet état morbide le nom d'*inflammation rhumatismale*. Il est bien vrai qu'il ajoute que l'*inflammation rhumatismale ne lui a pas paru être la même que celle que l'on peut appeler la vraie inflammation.* Mais, malheureusement, ainsi que j'en ai déjà fait précédemment la remarque, vous chercheriez vainement dans cet auteur la définition de ce qu'il appelle une *inflammation vraie*. Il y a bien plus :

c'est que, dans le cours de son ouvrage, il n'a donné réellement aucun exemple de cette inflammation vraie. Retranchez, en effet, des maladies inflammatoires qu'il a décrites, l'inflammation *rhumatismale*, l'inflammation *bilieuse*, l'inflammation *septique*, et que vous restera-t-il? Rien, absolument rien. Je me trompe : dans sa belle dissertation sur la dysenterie, Stoll parle bien de la *vraie* dysenterie ; mais savez-vous quelle est cette dysenterie *vraie*? C'est précisément ce qu'il désigne sous le nom de *rhumatisme intestinal*, de *catarrhe des intestins*, de *coryza ventral* (1).

Que l'on parcoure le parallèle établi par Stoll, entre l'inflammation *rhumatismale* et l'inflammation dite *vraie*, et l'on verra que si l'une n'est pas la même que l'autre, c'est que Stoll a pu prendre, osons le dire, a réellement pris quelquefois de simples névralgies pour des inflammations de membranes séreuses, une pleurodynie, par exemple, pour une pleurésie, et qu'il n'a pas assez tenu compte des différences qu'apportent les complications, la dissémination, l'éparpillement de l'inflammation ou sa

(1) Et pourtant Stoll distingue plus loin la dysenterie *inflammatoire* de la *rhumatismale*. Or, qu'entend-il ici par dysenterie inflammatoire? *Le rhumatisme des intestins compliqué avec une fièvre inflammatoire.* Stoll ajoute qu'*il ne peut concevoir une dysenterie sans rhumatisme des intestins.*

concentration, etc. On verra aussi que certaines différences qu'il établit là sont en contradiction avec d'autres passages de son ouvrage : par exemple, il dit, dans ce parallèle, que l'*inflammation* rhumatismale n'observe point les lois de la coction, *ni celles des crises ;* et en traitant des pleurésies rhumatismales, il fait remarquer qu'elles se *jugeaient par les sueurs.*

Qui croirait également qu'un aussi grand observateur que Stoll ait pu proclamer que la *vraie* inflammation se termine ordinairement en *peu* de jours, quel qu'en soit le résultat, tandis que le rhumatisme se prolonge souvent pendant plusieurs semaines, et rarement se termine en peu de temps, lorsqu'il est abandonné à la nature ! Comme si les inflammations avec vaste suppuration (et on ne leur contestera pas le nom de vraies !) se terminaient en peu de jours ! comme si la cause de la prolongation de la *fièvre rhumatismale* ne résidait pas dans une inflammation quelconque ! Non, Stoll ne se serait pas ainsi exprimé, s'il avait su dans quel état se trouvaient la plèvre, le péricarde, l'endocarde, etc., chez les sujets atteints de cette *fièvre rhumatismale rebelle*, éternelle, de nos jours même si mal interprétée par certains *classiques.*

En somme, toutes les distinctions de Stoll concernant l'inflammation, quand elles sont bien

étudiées, bien pesées, dégagées de toute subtilité et de toute hypothèse, se réduisent à ceci, qui ne sera contesté de personne; savoir : que l'inflammation présente des différences relatives à son degré, à son siége, à ses causes. Mais quant à l'inflammation étudiée en soi, elle ne saurait être considérée comme pouvant offrir plusieurs *natures*, attendu que de deux états morbides de nature essentiellement différente, qu'on désignerait sous le nom d'inflammation, il y en aurait nécessairement un qui ne serait pas une inflammation. Évidemment, une chose, quelle qu'elle soit, ne peut changer de *nature* sans cesser d'être elle-même.

CHAPITRE VI.

DU TRAITEMENT DU RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU PAR LES ÉMISSIONS SANGUINES COUP SUR COUP. — DES RÉSULTATS DE CETTE FORMULE.

Proposer un *médicament spécifique*, tel que le colchique ou tout autre, contre le rhumatisme articulaire aigu, ce n'est pas faire preuve d'idées justes sur la nature de cette maladie. Autant vaudrait proposer un médicament *spécifique* pour la pneumonie, un autre pour la pleurésie, un autre pour la péricardite, etc.

Le véritable spécifique du rhumatisme articulaire aigu, *son quinquina*, si l'on peut ainsi parler, c'est la médication dite antiphlogistique, et le prince des antiphlogistiques, c'est la saignée. Au reste, depuis Sydenham, cette méthode a été presque généralement adoptée (1).

(1) Je ne prétends pas qu'on ne puisse guérir le rhumatisme articulaire aigu autrement que par les émissions sanguines; ce serait prétendre que la *nature* seule ne guérit pas quelquefois cette maladie comme d'autres. Ce que j'affirme, c'est que, dans des cas légers, nous avons essayé quelques moyens autres que les émissions sanguines sans succès, et les émissions sanguines elles-mêmes ne sont pleinement efficaces qu'autant qu'elles sont faites comme il sera dit plus loin.

Mais il ne suffit pas de savoir qu'il est utile de saigner dans une maladie : il faut déterminer, dans un cas donné, quelle quantité de sang il convient d'enlever ; en combien de fois il est le plus avantageux de le faire ; quel intervalle on doit mettre entre les saignées, quand celles-ci doivent être répétées ; si les émissions sanguines générales sont préférables aux locales, et réciproquement, ou s'il ne vaut pas mieux les combiner, et dans quelle proportion. Voilà ce que j'appellerai, si l'on veut, *doser, formuler les émissions sanguines.*

C'est par les modifications que nous avons fait subir aux méthodes précédemment employées, que nous sommes parvenu à obtenir des résultats bien différens de ceux jusqu'ici connus, soit dans le traitement des phlegmasies aiguës en général, soit dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu en particulier, cette maladie *si rebelle*, dit-on, *aux émissions sanguines.*

Avant de faire connaître la formule que nous proposons pour cette dernière phlegmasie, nous croyons devoir indiquer celle de Sydenham et celle que M. le docteur Roche a conseillée dans son article *Arthrite* rhumatismale, du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*. La formule vulgairement usitée par la plupart des praticiens modernes ne diffère de celle de

M. Roche qu'en ce que les émissions sanguines y sont, en général, plus modérées.

§ Ier.

Voici la formule de Sydenham :

.... « Ut primùm accersor, statim sanguinis ℥x « è brachio LATERIS AFFECTI (1) mitti jubeo....

» Die sequenti, sanguinis tantumdem detrahi » præcipio; atque intercalato die uno alterove, » pro ægri viribus, tertiò; dein, interjecto trium » quatuorve dierum intervallo (prout ægri vires, » ætas, constitutio, aliæque circumstantiæ sua- » dent monentque), quartò, atque ultimo ut » plurimum, venæ-sectionem repeto; raro enim » usu venit, ut ultrà quartam vicem venam in- » cidamus, nisi vel regimen justò calidius præ- » cesserit, vel medicamina calidiora ægro præter » necessitatem fuerint ingesta. »

Ces moyens étaient secondés par l'usage des juleps simples ou d'une émulsion, des cataplasmes, des boissons rafraîchissantes, des lavemens et

(1) La précaution que prend ici Sydenham de faire saigner du bras du côté malade repose sur des idées un peu usées, et, si j'ose le dire, bien rouillées. D'ailleurs, à moins de faire saigner des deux bras à la fois, il serait difficile d'obéir au précepte de Sydenham, puisqu'un violent rhumatisme articulaire occupe presque toujours les deux côtés du corps à la fois, quoique souvent à un degré inégal.

de la diète. — Sydenham proscrivait les anodins ou *parégoriques*, et huit jours après la dernière saignée il ordonnait une potion cathartique *douce*.

Sydenham ne dit pas positivement quelle était la durée de la maladie sous l'influence de sa méthode; mais il est facile de voir qu'elle était assez longue, puisqu'il ne prescrivait guère la potion cathartique que vers le douzième ou quinzième jour après le commencement du traitement, et que rien ne prouve que la convalescence fût complète aussitôt après l'administration de celle-ci. Il fait remarquer qu'après les saignées, les douleurs seront considérablement diminuées, sans toutefois être complètement dissipées (1).

Au reste, on peut juger de la valeur de la méthode de Sydenham, et de l'influence qu'elle exerce sur la durée du rhumatisme articulaire

(1) Voici le résultat de la pratique de Sydenham, dans les cas où Stoll la suivit; « Je suivais quelquefois, dit Stoll, la pratique de Sydenham, mais la longueur du mal éluda souvent ce traitement » actif, et souvent les forces se trouvaient plutôt abattues que » la maladie. Des malades restaient plusieurs semaines sans pouvoir se remuer...

» Quelquefois, à l'exemple d'autres médecins, je donnais, en » grand lavage des diaphorétiques variés, et je tâchais ensuite, » par un régime chaud, de chasser la matière morbifique par » les vaisseaux situés à la superficie du corps; *mais le plus sou-* » *vent la maladie résistait à tous mes efforts.* »

aigu, par les résultats que la plupart des médecins de nos jours obtiennent de l'emploi de la méthode ordinaire des émissions sanguines dans le traitement de cette maladie. Or, nous voyons que les plus distingués d'entre eux professent que si la maladie ne se joue pas entièrement de la méthode dont il s'agit, il est du moins certain que celle-ci n'en abrège pas notablement la durée, qui, terme moyen, est, disent-ils, de quarante à cinquante jours. Cette assertion repose sur la plus imposante masse de faits, et ce n'est pas moi qui m'en constituerai l'adversaire.

S'il fallait prendre à la lettre une assertion du célèbre successeur de Dehaën, Sydenham aurait abandonné sa méthode des émissions sanguines répétées dans le traitement du rhumatisme. Remontons à la source, et voyons si l'Hippocrate anglais s'est rendu coupable de cette sorte d'apostasie thérapeutique. Ce n'est pas dans un travail didactique sur le rhumatisme, mais dans une simple lettre à Robert Brady, son ami, qu'il faut aller chercher la prétendue palinodie de Sydenham. Il écrit donc que, désolé de ce qu'on était obligé de retirer une si grande masse de sang pour guérir le rhumatisme, il résolut *d'expérimenter* si l'on ne pourrait pas combattre cette maladie par une autre méthode, et il ajoute que, en effet, il a trouvé dans une *diète* simple, trè

rafraîchissante, et médiocrement nutritive, tel que l'usage du petit lait, le précieux secret de guérir le rhumatisme sans user des émissions sanguines répétées (1). Mais à l'appui de cette nouvelle méthode, il ne rapporte que le seul cas d'un pharmacien (*vir probus*, dit-il, *et ingenio non vulgari*), chez lequel elle fut employée avec quelque succès. Or, il faut savoir que le rhumatisme de ce pharmacien n'était rien moins qu'un rhumatisme articulaire aigu, et que, comme beaucoup d'autres *gens fort honnêtes et d'un esprit peu commun*, notre pharmacien était très sec, débile, et n'avait pas beaucoup de sang dans les veines: *cum debiliori esset et sicco corporis habitu*, *veritus ne minus*

(1) « In *rheumatismi* verò curatione sæpe numero mihi subiit » tecum dolere, quòd nonnisi ingenti sanguinis vi repetitis » venæ-sectionibus eductâ, ea possit perfici..... His de causis « experiri statui, an nulla alia methodus daretur à reiteratâ » toties phlebotomiâ diversa, quâ hic morbus possit debellari. » Seriò itaque perpendens, quòd affectus iste ab inflammatione » videatur oriri, quod tum cætera arguunt phænomena, tum » præsertim sanguinis è pertusâ venâ color, utpotè qui pleuri- » ticorum sanguini per omnia similis est; tandem vero simile » esse judicabam morbum hunc diætâ simplici, admodùm » refrigerante, et mediocriter nutriente, ægro imperatâ, æquè » feliciter atque repetitis venæ-sectionibus profligari posse; etiam » evitatis quæ alteri methodo adjungebantur incommodis: » neque me fefellit *diæta à sero lactis* phlebotomiæ loco sub- » stituta. »

firmas jamdiù vires et labescentes, dempto copiosiùs sanguini prorsus exsolverem, imperavi, ut solo LACTIS SERO *ad dies quatuor vesceretur æger*, etc.

Il n'est, je crois, personne qui n'approuve la conduite de Sydenham en pareil cas; mais conclure de ce fait que l'on peut guérir le rhumatisme articulaire bien aigu, sans faire autre chose qu'abreuver largement le patient de petit lait, ce serait tomber dans une insigne erreur. Toutefois, je pense, avec l'illustre médecin de Londres, que cette méthode vaudrait mieux encore que le *prompt et solennel étalage de médicamens dont on entoure*, dit-il, *les mourans, comme on couronne des bêtes avant de les immoler*: QUOD SANÈ MAGIS ÆGRIS PRODESSET, QUAM SOLENNIOR ILLA REMEDIORUM POMPA QUÆ IN JAM MORIBUNDIS, TANQUAM BESTIIS, UT MOX IMMOLENTUR, CORONATIS, MALÈ COLLOCATUR (1).

Après avoir ajouté que, n'était le préjugé du vulgaire, cette méthode pourrait être appliquée à d'autres maladies, dont il ne veut pas pour le moment dire le nom, et cité un exemple du succès qu'un médecin habile peut retirer des moyens

(1) On ne saurait trop applaudir non plus à cette autre réflexion de Sydenham, à propos de sa méthode : *Si quis hanc methodum tanquam rudiorem et artis laude carentem contempserit, sciat is velim; primò leviora tantùm ingenia res quaslibet vilipendere, quòd simplices fuerunt et apertæ, dein me, imminutæ existimationis prætio, publico hominum bono inservire paratissimum.*

les plus vils, en apparence, Sydenham revient à son rhumatisme, et en même temps à son traitement par les émissions sanguines, en professant qu'il ne serait pas sage de s'en tenir à la *diète lactée*, chez les personnes qui ont passé l'âge viril, ou chez celles qui sont adonnées depuis long-temps au vin et aux autres liqueurs spiritueuses. Il propose seulement un amendement à son ancienne formule; il vaut mieux, dit-il, après la seconde ou la troisième saignée *au plus*, employer plus souvent et répéter les cathartiques jusqu'à ce que tous les symptômes aient pleinement cessé, que de confier à la phlébotomie tout le soin du traitement (1).

Certes, tout le monde conviendra, avec Sydenham, que c'est une chose fâcheuse que d'être obligé de retirer une grande quantité de sang pour guérir le rhumatisme. Mais c'est un sacrifice que commande la prudence, et nous osons affirmer que ceux-là seront réduits à donner long-temps du *petit-lait*, du *tamarin*, du *séné*, de la *rhubarbe* et de la *manne*, qui voudront s'en tenir à deux ou trois saignées, de dix onces au

(1) Plus loin (Op. medic., tom. I, pag. 499), Sydenham ormule de nouveau le traitement du rhumatisme, ainsi que nous l'avons dit plus haut. Il établit que la saignée *doit être réitérée une quatrième fois, et même plus, s'il en est besoin*: QUARTER VEL PLURIES, SI OPUS FUERIT. Quant au simple régime réfrigérant et au petit-lait, il n'en parle que comme d'une méthode applicable à certains cas particuliers.

plus, dans le traitement d'un violent rhumatisme articulaire aigu, chez un jeune homme ou un adulte de force moyenne.

Parmi ceux qui seront ainsi traités, il s'en trouvera qu'une inflammation *rhumatismale* du péricarde, de l'endocarde, de la plèvre, etc., emportera, et d'autres qui, dirai-je plus heureux ou plus malheureux? succomberont plus tard à une *maladie organique du cœur*. En présence de tels dangers, dont l'expérience journalière ne constate que trop souvent la réalité, est-ce donc un si grand sacrifice que de payer de quelques livres de sang la presque certitude d'une guérison prompte, solide, complète? Sans doute, si, avec le temps, l'expérience, mère de toutes les découvertes, nous apprend une méthode aussi sûre et moins prodigue de sang, on devra s'empresser de l'adopter et la saluer comme un grand bienfait. Mais, ou je me trompe fort, ou le temps est encore bien éloigné de nous où l'on saura guérir *sûrement*, *solidement*, *complètement* (je ferai même grâce de l'adverbe *promptement*), ce terrible rhumatisme articulaire aigu, qui marche presque toujours accompagné d'une péricardite ou d'une endocardite, sans préjudice des autres complications.

§ II.

Formule de M. le docteur Roche.

Notre savant ami M. le docteur Roche s'est

justement constitué le défenseur de la saignée générale dans le traitement de l'*arthrite rhumatismale.* « Si quelques praticiens en ont contesté » les avantages, c'est, dit-il, qu'ils ne l'ont em» ployée ni avec assez de constance ni avec assez » d'énergie. »

Voici la formule que propose cet habile médecin : « Il ne faut pas hésiter à pratiquer une » copieuse saignée dès le début du rhumatisme » articulaire aigu, ni craindre d'y revenir trois, » quatre et cinq fois de suite *s'il est nécessaire*, » *soit en mettant deux jours d'intervalle entre* » *chaque saignée*, *comme le faisait Sydenham*, » *soit en la pratiquant toutes les vingt-quatre* » *heures*, *ce qui nous paraît préférable.* J'ai pra» tiqué, avec le plus grand succès, chez un indi» vidu très robuste, jusqu'à huit saignées de » seize à vingt onces dans l'espace d'une quin» zaine de jours. »

Il n'est point question des émissions sanguines locales dans la formule de M. le docteur Roche, non plus que dans celle de Sydenham. Assurément, si l'on était obligé d'opter entre l'emploi *exclusif* des émissions sanguines générales et celui des locales, il ne faudrait point balancer un instant à se décider en faveur du premier. Mais comme rien n'oblige à faire un pareil choix, il est bon, du moins dans la grande majorité des cas, de combiner dans de justes proportions ces

deux modes d'émissions sanguines, ainsi que nous le faisons dans la formule qu'il nous reste maintenant à exposer.

§ III.

Formule des émissions sanguines générales et locales coup sur coup. — Ses résultats.

I. Souvent témoin de l'interminable durée du rhumatisme articulaire aigu, je résolus de l'attaquer en formulant autrement qu'on ne l'avait fait jusqu'ici la méthode des émissions sanguines. Bien convaincu que le rhumatisme articulaire aigu marchait réellement en tête des maladies inflammatoires les plus *franches et les plus légitimes*, je lui appliquai donc la formule des émissions sanguines copieuses pratiquées coup sur coup, telle que je l'emploie dans la pneumonie, la pleurésie, la péricardite, les graves érysipèles, en un mot, dans toutes ces inflammations fébriles qui compromettent plus ou moins prochainement la vie des malades. J'eus recours à cette méthode, avant même d'avoir bien reconnu que la péricardite et l'endocardite fussent les compagnes ordinaires du rhumatisme articulaire aigu.

Les succès qu'on retire de cette nouvelle formule des émissions sanguines sont tels, qu'on n'y peut réellement ajouter foi qu'après les avoir vus. Je ne suis donc point surpris du *doute philosophique* de quelques personnes. Mais ce qui

me paraît singulier, et fort peu *philosophique*, c'est de voir nier formellement des résultats dont on n'a pas voulu s'assurer par sa propre expérience ou par celle des autres.

Ce que je ne crains pas d'affirmer, c'est que tous ceux (et ils sont nombreux) qui ont été témoins de l'emploi de cette formule, n'ont pu s'empêcher d'être frappés de son immense supériorité sur celles jusqu'ici usitées. Nous avons eu cependant pour témoins des hommes profondément prévenus contre elle, et peut-être aussi encore plus prévenus contre nous : ils ont fini par lui rendre justice.

Par l'emploi de la nouvelle formule, la durée du rhumatisme est, terme moyen, d'un à deux septenaires seulement, au lieu de six à huit.

Quant à la mortalité, jusqu'ici elle a été nulle, même dans les cas où le rhumatisme des articulations était accompagné de celui du cœur, et nos observations prouvent, ainsi qu'il a été déjà dit, que ces cas-là sont la règle, tandis que les cas contraires se rangent dans l'exception. Et qu'on ne croie pas qu'il en soit ainsi dans tous les services. Pour s'en convaincre, qu'on parcoure les hôpitaux, qu'on lise les journaux de médecine : de cette manière on aura bientôt connaissance de cas dans lesquels des rhumatismes articulaires, compliqués de péricardite, d'endocardite ou de pleurésie, ont été mortels. J'ai rap-

porté un certain nombre de faits de ce genre, dans le *Traité clinique des maladies du cœur*.

Un autre avantage de la formule nouvelle, c'est de prévenir le passage de la maladie à l'état chronique, terminaison grave, même lorsqu'elle n'a lieu que pour les articulations, mais souvent mortelle, au bout d'un temps plus ou moins long, quand elle a lieu également pour le cœur. (Et nos observations ne prouvent que trop combien cette dernière circonstance est commune, puisque la moitié, peut-être, des lésions dites *organiques du cœur* se rattachent à une ancienne affection rhumatismale, ou sont, qu'on me passe l'expression, de *race rhumatismale*.)

La *formule* des émissions sanguines qu'il convient d'appliquer au rhumatisme articulaire aigu général, avec fièvre considérable, est donc essentiellement la même que celle par nous exposée à l'article *Pneumonie* du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, et à l'article *Péricardite* du *Traité clinique des maladies du cœur*.

II. Le jour de l'entrée du malade (nous le supposons bien constitué et dans la force de l'âge), à la visite du soir, une saignée de 4 palettes est pratiquée (1).

(1) Chez les sujets très sanguins, la première saignée est quelquefois portée à 5 et même 6 palettes (*voy.* le 3e cas de notre

Deuxième jour.—Une double saignée du bras, de 3 palettes et demie à 4 palettes, est pratiquée; et, dans l'intervalle de ces deux saignées, on a recours à une saignée locale, soit par les sangsues, soit par les ventouses scarifiées (procédé que j'emploie de préférence depuis deux ans). Par cette saignée locale, on retire encore 3, 4 et même 5 palettes de sang. Les ventouses sont appliquées autour des articulations les plus malades, et sur la région précordiale, quand le cœur est sérieusement pris lui-même, c'est-à-dire dans la très grande majorité des cas.

Troisième jour. — Une saignée du bras pareille à celle de la veille, et une seconde application de ventouses (3 à 4 palettes), soit sur la région précordiale, soit autour des articulations.

Quatrième jour. — La fièvre, les douleurs, le gonflement, en un mot tout l'appareil inflammatoire a quelquefois cessé dès le quatrième jour. Dans ce cas, on s'abstient de nouvelles émissions sanguines; dans le cas contraire, une nouvelle saignée du bras de 3 à 4 palettes est pratiquée.

Cinquième jour. — En général, la résolution de la maladie est en pleine activité ce jour-là. Dans les cas très graves cependant, la fièvre dite rhumatismale peut être encore assez pro-

1re catégorie); mais, en général, on s'en tient à la dose de quatre palettes.

noncée, et une saignée du bras de 3 palettes, ou bien une émission sanguine locale de la même dose, est encore pratiquée.

Dès le sixième, septième ou huitième jour, la convalescence se déclare franchement, et l'on peut commencer à nourrir les malades.

S'il survient des récidives sérieuses (la formule *nouvelle* n'en préserve pas, mais elle y expose moins, peut-être, que l'*ancienne*), on peut être forcé de recourir encore à la saignée. C'est ainsi que, dans un cas où quatre saignées avaient *jugulé* un grave rhumatisme articulaire aigu, il survint une violente récidive, dont nous ne pûmes nous rendre maître que par cinq nouvelles saignées.

Si les récidives sont légères, on peut s'en tenir aux émolliens, à la diète, aux bains, aux opiacés, etc., et laisser la maladie se prolonger quelques jours de plus.

Pour éviter les récidives, la plus importante précaution à prendre de la part des malades, c'est d'éviter, avec le dernier soin, le plus léger refroidissement.

Les moyens *adjuvans* des émissions sanguines coup sur coup sont : la diète, les boissons émollientes, les vésicatoires, la compression exercée autour des articulations malades, l'application de compresses enduites de cérat mercuriel sur ces parties, auxquelles on donnera la position et l'attitude les plus favorables à la résolution ; les

cataplasmes émolliens; les bains, l'opium à dose ordinaire, soit intérieurement, soit endermiquement (1).

La quantité moyenne de sang que nous retirons, chez les sujets bien constitués, dans les cas de rhumatisme articulaire aigu intense, est de 4 à 5 livres, comme dans la pneumonie de moyenne étendue et de moyenne intensité.

Dans certains cas de rhumatisme articulaire très intense, on peut être obligé de retirer jusqu'à 6, 7 et même 8 livres de sang.

Dans les cas légers, au contraire, la dose du sang enlevé ne dépasse pas 2 ou 3 livres. (Il est bien entendu que, même dans les rhumatismes que nous appelons ici légers, la fièvre existe cependant : car, dans les rhumatismes apyrétiques, il suffit souvent d'une seule saignée, et quelquefois même on peut s'en abstenir.)

Même dans les cas extrêmes, nous n'avons jamais dû retirer douze livres de sang, ainsi que d'autres assurent l'avoir fait, sans néanmoins arrêter, disent-ils, le cours de la maladie. Il faut vraiment jouer de malheur, qu'on me fasse grâce de cette expression, pour qu'un rhumatisme ainsi traité *ait semblé* se terminer seulement le vingt-cinquième jour, et soit ensuite revenu au

(1) Quelques médecins emploient maintenant l'opium à haute dose. Si ces médecins réussissent mieux que par la méthode que nous suivons, nous leur en ferons très volontiers le sacrifice.

bout de quelques jours (1). En effet, avec 12

(1) Ce malheur est arrivé à M. Chomel, ainsi que je le lui ai entendu dire, et le fait a d'ailleurs été publié dans un journal, auquel nous emprunterons le passage suivant :

« L'emploi des émissions sanguines a souvent été suivi de » soulagement ; mais quoiqu'on les ait employées largement, on » n'a jamais pu *juguler* la maladie (le rhumatisme). Je rappellerai » entre autres l'observation d'un malade à qui on tira DOUZE livres » de sang : la maladie *sembla* se terminer le vingt-cinquième jour, » mais elle revint au bout de quelques jours et se prolongea » pendant une quinzaine. » (*Lancette franç., résumé de la Clinique de M. Chomel;* 1er octobre 1835.)

Nous n'avons rien à répondre à cela, sinon qu'en mettant en usage la formule que nous venons de faire connaître, on obtiendra les mêmes résultats que nous. Encore une fois, il n'y a pas de comparaison à établir entre les effets produits par la soustraction de 4 à 5 livres de sang, dans l'espace de 3 à 4 jours, et ceux produits par la soustraction de la même quantité de sang dans l'espace de huit, dix, quinze jours et même plus.

Certainement, si M. le docteur Roche, dont le profond savoir et la bonne foi sont connus de tout le monde, voulait bien mettre à l'épreuve la formule que nous proposons, il ne tarderait pas à reconnaître que fixer à 40 jours la durée moyenne du rhumatisme articulaire aigu, c'est faire plus qu'en doubler le chiffre. Je dirai plus : c'est que si M. Roche avait calculé la durée de cette maladie sur les cas dans lesquels il a employé sa propre formule, la meilleure de toutes celles proposées jusque là, il n'aurait pas exprimé la durée du rhumatisme par un chiffre aussi élevé. Toutefois, une vérité d'expérience aussi claire que le jour, c'est que les 5, 6 ou 7 saignées, faites en 5, 6 ou 7 jours, c'est-à-dire, une chaque jour seulement, n'abrègent point la durée du rhumatisme, autant que le font des saignées en même nombre, pratiquées coup sur coup, ainsi que nous l'avons exposé plus haut.

Je ne sais vraiment pourquoi tant de personnes sont journellement à nous répéter qu'*elles saignent aussi comme nous*, et que

livres de sang retirées par la formule indiquée, il y a largement de quoi guérir en dix à quinze jours, et sans retour, deux rhumatismes articulaires aigus. On trouvera, sans doute, quelques

néanmoins elles n'obtiennent pas les résultats que nous annonçons. Non, et cent fois non, on ne saigne pas suivant notre formule, quoi qu'on en dise. En voici la preuve :

J'avais entendu soutenir à deux praticiens célèbres, qu'ils avaient saigné chacun un malade atteint de rhumatisme articulaire aigu, par la formule des saignées coup sur coup, et que cependant ils n'avaient point obtenu les succès par nous indiqués. Or, on verra par le récit des cas dont il s'agit, qui m'a été communiqué par des personnes dont le témoignage inspire une pleine confiance, qu'on s'est étrangement trompé, si l'on a cru avoir saigné à notre manière, et que partant il n'est pas étonnant qu'on n'ait pas obtenu les mêmes effets que nous.

PREMIÈRE OBSERVATION. (*Communiquée par M. Michel.*)

François Hachette, âgé de 25 ans, menuisier, d'une constitution très robuste, d'un tempérament sanguin, ayant toujours joui d'une bonne santé, fut pris, le 19 juillet, dans la soirée, après un travail pénible dans un endroit bas, humide et exposé à des courans d'air, de frissons suivis de chaleur, puis de douleurs dans le coude et le poignet gauches, dans les deux genoux et les articulations tibio-tarsiennes. Hachette fut obligé de se coucher; et après quatre jours de lit, pendant lesquels il ne fit que boire de l'eau et du vin, il se décida à entrer à l'hôpital de la Faculté.

Examen du malade le 23 juillet, jour de l'entrée: décubitus en supination; face rouge; peau chaude, couverte d'une sueur abondante; le coude et le poignet gauches, les deux genoux, les articulations tibio-tarsiennes, sont tuméfiés, rouges, douloureux; le malade ne peut remuer aucune de ces parties.

Prescription : *Une saignée de 3 palettes, boissons émollientes, diète.*

rares exceptions; mais, en bonne logique, les exceptions ne font pas loi et *ne détruisent pas la règle.*

24 juillet. — Le malade offre les mêmes symptômes; la saignée l'a peu soulagé; la peau est chaude, la fièvre forte.

Une saignée de 3 palettes, boissons émollientes, diète.

25. — Le malade remue un peu les genoux et les pieds, qui sont moins douloureux; le coude et le poignet gauches sont encore tuméfiés, rouges; le pouls conserve sa fréquence.

Une saignée de 4 palettes, boissons émollientes, diète.

26. — La fièvre est moins forte, les articulations moins tuméfiées; cependant le malade ne peut encore sortir de son lit.

Boissons émollientes, potages.

Pendant la journée du 27, le malade sort de son lit et se promène dans les salles.

28. — Le pied gauche est enflé, douloureux; le pouls a repris sa fréquence.

12 sangsues au pied gauche, cataplasmes, boissons émollientes, diète.

29. — Le pied gauche est moins tuméfié, moins rouge: mais le pied droit commence à devenir douloureux; la fièvre est toujours forte.

15 sangsues au pied droit, boissons émollientes, cataplasmes.

30. — Le malade remue un peu les pieds; le pouls a perdu de sa fréquence.

Boissons émollientes, cataplasmes, potages.

31. — Les pieds sont à peu près dégagés; les autres articulations entreprises sont encore un peu tuméfiées, mais peu douloureuses.

Bain.

Par un temps froid, le malade traverse la cour de l'hôpital pour se rendre à son bain.

1er août. — Les deux pieds sont de nouveau affectés de rhumatisme; la fièvre est forte.

12 sangsues à chaque articulation tibio-tarsienne, cataplasmes.

2. — Le soulagement n'est pas appréciable; les pieds sont dans

III. Depuis le mois de septembre 1831, jusqu'au mois de septembre 1835, 84 cas de rhumatisme ont été portés dans les relevés de notre clinique que le *Journal hebdomadaire* a publiés. Tous ces cas se sont terminés par la guérison, hors un seul

le même état d'inflammation ; les genoux commencent à devenir douloureux ; le médecin renonce à l'emploi des émissions sanguines.

Depuis le 2 août, le malade n'a pas quitté son lit ; il a constamment souffert des genoux et des articulations tibio-tarsiennes.

Aujourd'hui, 1er septembre, les genoux sont peu douloureux ; mais le coude et le poignet droits sont rouges, tuméfiés ; la fièvre existe toujours.

Le traitement consiste en des *boissons émollientes*, *des cataplasmes laudanisés*, *et quelques gouttes d'oxymel scillitique*.

Je le demande, en conscience, est-ce la formule des saignées coup sur coup (4 dans l'espace de 24 heures, y compris la saignée locale), qui a été employée chez le précédent malade ? Et cette observation dont on a argué pour attaquer les résultats de notre formule, n'est-elle pas, au contraire, une nouvelle preuve de son incontestable supériorité sur les autres formules, puisque en effet les émissions sanguines, bien que n'ayant point été ménagées ici, mais ayant été pratiquées à de trop longs intervalles les unes des autres, n'ont pas été suivies d'une prompte guérison, et n'ont pas même enrayé notablement le cours de la maladie ? Encore une dernière fois, nous savons très bien que les saignées ainsi pratiquées ne *jugulent* pas les maladies, ne les guérissent pas même très souvent, et c'est précisément parce que nous savons parfaitement cela, que nous avons proposé une autre formule.

Mais voyons la seconde observation.

SECONDE OBSERVATION.

Le sujet de cette seconde observation est une domestique de

que j'ai cité à l'article des caractères anatomiques du rhumatisme articulaire aigu. J'ai déjà dit qu'à l'époque où ce fait fut recueilli, je n'avais point encore employé la formule des saignées coup

22 ans, à laquelle on disait avoir vainement retiré 10 à 12 livres de sang par la méthode des saignées coup sur coup. Elle était depuis deux mois et demi à l'Hôtel-Dieu, qu'elle n'était pas encore guérie, et cependant le rhumatisme articulaire aigu pour lequel elle avait été reçue ne datait que de trois jours, au moment de son admission.

Elle sortit sans être entièrement guérie ; et, quinze jours plus tard, elle fut admise à l'hôpital de la Charité (service de M. Fouquier), les douleurs articulaires étant alors peu vives, mais presque générales.

C'est là que M. le docteur Jules Pelletan recueillit des détails sur la manière dont elle avait été traitée à l'Hôtel-Dieu. Or, il résulte de ces détails qu'au lieu d'avoir été saignée coup sur coup, comme nous le pratiquons, elle n'avait pas même été saignée tous les jours, mais bien de deux jours l'un, jusqu'au 8e jour.

De plus, 15 sangsues furent appliquées à l'épaule droite, 8 aux poignets, 28 aux malléoles (bien entendu que toutes ces sangsues furent appliquées à plusieurs reprises différentes).

Dans cette seconde observation, ce dont on doit être étonné, ce n'est pas de la longue durée de la maladie, mais bien de ce que de pareils faits soient donnés à titre d'exemples des saignées pratiquées suivant notre formule.

Et voilà justement comme on écrit l'histoire!

En définitive, pour la juste appréciation de la formule des émissions sanguines coup sur coup, nous en appelons à l'opinion publique éclairée par une saine expérience. C'est de ce tribunal suprême que relèvent toutes les questions de ce genre.

sur coup, telle que je l'ai exposée précédemment; d'où il suit que, depuis l'époque où j'ai usé de cette formule, aucun malade n'a succombé.

Voici quelques détails sur dix cas qui furent observés pendant le second semestre de l'année scolaire 1832-1833, et que j'ai publiés alors dans le *Journal hebdomadaire* (1). A la suite de cette analyse, nous offrirons un tableau statistique de seize autres cas observés en 1834, et déjà publié dans un des *résumés* de M. le docteur J. Pelletan, chef de clinique.

Chez la plupart des dix malades de 1832-1833, la fièvre fut des plus intenses.

Ces rhumatismes se développèrent sous les mêmes conditions atmosphériques, *sous la même constitution médicale*, que les pleuro-pneumonies reçues en très grand nombre à la même époque. Il y a plus : c'est que quelques uns de nos rhumatisans étaient en même temps atteints de pleuro-pneumonie ou de péricardite (1).

Deux cas furent très légers, et ne réclamèrent pas les larges émissions sanguines.

Sur nos 10 malades, il y eut 7 hommes et 3 femmes.

(1) N° du 25 janvier 1834.

(2) C'est vers cette époque que je commençai à entrevoir la oi de coïncidence entre le rhumatisme des articulations et le

1° HOMMES (*Salle Saint-Jean-de-Dieu.*)

1er malade (19 ans), couché au n° 26. — 3 saignées de 4 palettes chacune; 24 sangsues. — Guéri le seizième jour après l'entrée.

2e malade (59 ans), couché au n° 13, moins fortement pris que le précédent. — 2 saignées de 3 à 4 palettes. — Guéri le dixième jour.

3e malade (22 ans), couché au n° 1. (Rhumatisme d'une assez grande intensité.) — 2 saignées de 3 à 4 palettes; 90 sangsues. — Guéri le quinzième jour.

4e malade (22 ans), couché au n° 11. — 2 saignées de 3 à 4 palettes; 16 sangsues. — Guéri le seizième jour.

5e malade (45 ans), couché au n° 9. — 3 saignées de 3 à 4 palettes. — Guéri le vingtième jour.

6e malade (25 ans), couché au n° 12. (Rhumatisme très intense, occupant presque toutes les articulations.) — 7 saignées de 3 à 4 palettes; 58 sangsues. — Guéri le vingt-cinquième jour.

7e malade (30 ans). (Rhumatisme des plus intenses qu'on puisse rencontrer, occupant presque toutes les articulations, avec fièvre très vio-

rhumatisme du cœur, entre l'arthrite *rhumatismale* et la péricardite et l'endocardite *rhumatismales.*

lente.) — 4 saignées de 3 à 4 palettes; 44 sangsues. — Guéri le quatorzième jour.

— Rechute grave, à la suite d'un refroidissement. — 5 nouvelles saignées de 3 palettes. — Guéri de nouveau, seize jours après la rechute.

2° FEMMES. (*Salle Sainte-Madeleine.*)

8ᵉ malade (19 ans), d'une constitution délicate, couchée au nº 9. (Rhumatisme intense, et l'un de ceux qui furent compliqués d'endocardite rhumatismale.) — 4 saignées de 2 à 3 palettes; 6 sangsues. — Guérie le seizième jour (1).

9ᵉ malade (23 ans), couchée au nº 7. (Rhumatisme peu intense. — 20 sangsues. — Guérie du huitième au dixième jour.)

10ᵉ malade (43 ans), chlorotique, atteinte d'un catarrhe utéro-vaginal. — 1 saignée de 2 à 3 palettes; 15 sangsues. — Guérie le seizième jour.

Nota. Voici les moyens adjuvans: Boissons adoucissantes, diaphorétiques, bains; préparations opiacées, soit à l'intérieur, soit à l'extérieur; quelques légers minoratifs; compression sur les articulations, où il persistait de l'empâtement sans douleur; diète absolue, jusqu'à cessation de la fièvre.

(1) A la sortie de la malade, il existait encore un bruit de soufflet assez fort, qui masquait le claquement valvulaire du cœur. Le rhumatisme *extérieur* était entièrement dissipé.

et locales coup sur coup, pendant les cinq mois de l'année 1834 (1). SALLE SAINT-JEAN-DE-DIEU (hommes).

NUMÉROS.	DATE DE LA MALADIE à l'entrée.	SAIGNÉES du BRAS.	SANGSUES.	VENTOUSES SCARIFIÉES.	DURÉE du TRAITEMENT.	EPOQUE DE LA GUÉRISON après l'entrée (2).
2	8e jour.	1 (4 palet.)	32	»	9 jours.	17 jours.
id.	5e	4 (15 p.)	12	»	9	14
7	15e (rh. born. au gen.)	»	30	5 (10 pal. ½)	17	32 (3)
10	15e	4 (17 p.)	»	»	10	25
11	8e	3 (11 p.)	»	»	6	14
12	3e	6 (20 p.)	20	1 (5 pal. ½)	25	26
13	13e	3 (12 p.)	»	»	7	22
14	8e	2 (9 p.)	94	2 (6 pal.)	14	22
16	13e	4 (16 p.)	»	»	6	21
id.	7e	2 (7 p.)	40	»	8	15
26	6e	1 (4 p.)	»	»	7	15
			SALLE SAINTE-MADELINE (femmes).			
3	8e	2 (7 p.)	»	2 (6 pal.)	12	17
4	7e	4 (12 p.)	11	»	12	19
7	3e	1 (5 p. ½)	24	»	11	14
9	3e	7 (24 p.)	»	»	16	19
12	5e	5 (11 p.)	157	»	15	20

NOTA. — La *moyenne* de la dose des émissions sanguines générales et locales, dans les cas ci-dessus, a été d'environ 4 à 5 livres.

La *moyenne* de la durée jusqu'à complète guérison a été de 19 jours.

(1) Chez un seul malade, une saignée du bras de 4 palettes suffit à la guérison.

Les moyens adjuvans furent les suivans : chez neuf des malades, quelques opiacés ; chez deux, un vésicatoire, plus, un purgatif chez l'un d'eux ; chez deux, des bains ; chez trois, des frictions mercurielles, avec ou sans compression des articulations.

(2) Nous ne portons ici comme guéris que les malades qui n'ont plus de fièvre, qui se lèvent, marchent et mangent le quart, la demie et les trois quarts.

(3) On remarquera que chez ce malade, le rhumatisme fut borné au genou, et qu'il fut le plus long, le plus rebelle de tous. Ce n'est pas, au reste, le seul cas de ce genre que nous ayons rencontré. Lorsque la maladie se concentre ainsi sur quelques articulations, elle a généralement plus d'intensité, plus de profondeur que dans les cas où elle est éparpillée sur un très grand nombre d'articulations. On remarquera également que chez ce malade le rhumatisme datait de quinze jours au moment de l'entrée, et que cependant il s'est terminé moins rapidement que ceux des malades arrivés quelques jours seulement après le début de leur maladie. Cette observation s'adresse à ceux qui ont répondu à nos relevés, en disant que dans le cas où le rhumatisme était guéri aussi promptement que nous l'annoncions, c'est qu'il existait déjà depuis long-temps au moment de l'entrée. Cette objection nous a paru bien bizarre ; car, règle générale, on guérit d'autant plus rapidement le rhumatisme articulaire aigu, qu'il est de date plus récente, au moment de l'entrée des malades.

§ IV.

OBSERVATIONS PARTICULIÈRES.

Je terminerai ce chapitre par la relation de deux observations détaillées d'un rhumatisme articulaire très aigu, rapidement guéri par les saignées coup sur coup, bien que dans un des deux cas au moins le cœur fût sérieusement pris. Mais qu'il me soit permis de les faire précéder de l'analyse de huit observations analogues déjà publiées dans le *Traité clinique des maladies du cœur.*

Le sujet de la 27ᵉ observation de ce *Traité* était malade depuis huit jours, lorsqu'il entra à la clinique, le 10 mai. Traité par les émissions sanguines coup sur coup, il était complètement guéri, quinze jours après l'entrée, et mangeait le quart.

Le sujet de la 33ᵉ observation était malade depuis trois à quatre jours, lorsqu'il fut admis à la clinique, le 8 octobre. Traité comme le précédent, il entrait en convalescence, le cinquième jour après l'entrée. Il voulait sortir vers le dixième jour, mais comme le cœur nous paraissait encore entrepris, nous le fîmes rester jusqu'à la fin du mois.

Dès le septième jour du traitement, le pouls était tombé de 96 à 56.

Le sujet de la 34ᵉ observation ayant déjà éprouvé six atteintes de rhumatisme articulaire, en subissait une septième depuis cinq à six jours, lorsqu'il fut reçu à la clinique, le 6 décembre. Il était bien guéri à la fin du mois, après avoir été saigné plusieurs fois coup sur coup. — Le 3 janvier, il survient une pleurésie qui cède rapidement à de nouvelles émissions sanguines, et il sort le 18 du même mois. La matité précordiale, qui, à l'entrée, occupait une surface de 16 pouces carrés, était réduite à une surface d'un pouce carré.

Chez les sujets des observations 84ᵉ et 85ᵉ, les mêmes moyens furent suivis des mêmes résultats.

Il est curieux et instructif de rapprocher de ces cas ceux dans lesquels la maladie fut traitée par les émissions sanguines à la manière ordinaire, ou par des moyens autres que la saignée. On n'insiste pas assez aujourd'hui sur cette *thérapeutique comparée.*

Le sujet de l'observation 30ᵉ du *Traité clinique des maladies du cœur,* qui me fut communiquée par un jeune observateur d'un rare mérite, M. Fournet, actuellement interne à

l'Hôtel-Dieu, était malade depuis trois jours, lorsqu'il fut reçu dans le service de notre honorable et savant confrère, M. le docteur Dalmas, le 27 juin. Depuis le 28 de ce mois jusqu'au 18 juillet, il fut saigné cinq fois du bras (1), et il eut 75 sangsues en quatre fois. Cependant, le 20 juillet, la péricardite existait encore à un haut degré, et le pouls était à 102. — Le malade ne sortit que le 12 août, n'étant pas encore entièrement revenu à son état normal.

Son séjour fut donc de six semaines.

Le sujet de la 31ᵉ observation fut aussi traité par moi d'après l'ancienne méthode, assez largement appliquée; cependant la convalescence ne commença qu'au bout de vingt jours, et, à la sortie du malade, d'ailleurs très bien sous tous les autres rapports, le bruit de soufflet du cœur n'avait pas encore entièrement disparu.

Le sujet de la 32ᵉ observation est un enfant de douze ans, qui fut reçu dans le service de M. Baudelocque, le 11 octobre; il n'était malade

(1) Les 4 premières saignées, de 3 palettes chacune, furent pratiquées les 28, 29, 30 juin et 1er juillet; la 5ᵉ saignée, de 2 palettes, fut faite le 9 juillet. Des vésicatoires, des purgatifs, le vin de Malaga et des synapismes furent aussi employés. (Le vin de Malaga fut prescrit pour combattre des phénomènes ataxiques.)

que depuis deux jours. Traité par un purgatif et l'émétique à haute dose (1), il ne fut en état de sortir de l'hôpital que vers le 25e jour. A cette époque, *il existait encore un bruit de soufflet dans la région précordiale; la respiration devenait parfois gênée, et le plus léger écart de régime ramenait la diarrhée.*

Chez le sujet du premier cas rapporté dans le chapitre premier de *ces nouvelles recherches*, le tartre stibié et les saignées, pratiquées à de trop longs intervalles, n'ont pu arrêter la maladie.

De la comparaison de ces faits avec les précédens et avec les deux observations ci-dessous, auxquelles je pourrais en ajouter d'autres que je recueille journellement, il faut nécessairement conclure que les émissions sanguines coup sur coup ne peuvent, quant à présent du moins, être avantageusement remplacées par aucune autre méthode, entre autres par celle dite *expectante* (2).

(1) M. Dance a démontré dans un beau travail l'inefficacité du tartre stibié à haute dose contre le rhumatisme articulaire aigu.

(2) Nous avons, au n° 4 de la salle Saint-Jean-de-Dieu, un nouvel exemple de cette vérité. Un homme entre avec un rhumatisme léger. Nous abandonnons la maladie à la *nature*, secondée par les bains, la diète et les émolliens. *Seize jours* s'écoulent sans que la guérison arrive. Bien plus, aux légers signes

OBSERVATION Ire.

Rhumatisme articulaire aigu occupant les pieds, les genoux, les mains, les coudes, etc. Cinq saignées en cinq jours, et vingt-quatre sangsues. — Convalescence les sixième et septième jours après le commencement du traitement.—Point de rechute.—Sortie, le dix-septième jour.

Berquin (J.-B.), âgé de 28 ans, canonnier en congé illimité, brun, d'une forte constitution, arrivait de Metz depuis une quinzaine de jours, lorsqu'il fut admis à la clinique, le 19 décembre 1833. Pendant la route, il avait été soumis à la pluie, au vent et à la fatigue. Toutefois, ce n'était que depuis cinq à six jours qu'il éprouvait des douleurs dans les membres inférieurs, assez fortes pour l'avoir obligé de s'aliter. Rien n'avait été fait jusqu'à l'entrée du malade.

Le 20, les douleurs persistaient dans les articulations des membres inférieurs, et spécialement dans les genoux. Les articulations des membres supérieurs étaient très légèrement prises. Il y avait un peu de gonflement sans rougeur aux

d'une endo-péricardite s'ajoutent les signes évidens d'un double épanchement pleurétique. Alors, nous employons les émissions sanguines coup sur coup, et le malade, au bout de 7 à 8 jours, est en pleine convalescence.

genoux ; le moindre mouvement augmentait les douleurs; aussi le malade était-il immobile dans son lit, comme s'il eût été profondément prostré ; le visage était rouge, animé ; le pouls fort, plein, large, à 96-100 par minute ; peau sudorale (la sueur est visqueuse et exhale un odeur fade); insomnie, soif, inappétence; langue blanche au milieu, rouge sur les bords et à la pointe.

Prescription : 2 saignées de 4 palettes : infusion de fleurs de sureau et de coquelicot, 3 pots; cataplasmes, lavemens, diète.

Le 21, soulagement des douleurs des membres inférieurs, mais augmentation de celles des membres supérieurs ; les poignets et les mains sont gonflés, rouges, chauds, et le moindre mouvement très douloureux. Les coudes et les épaules sont pris à un moindre degré.

Une nouvelle saignée de 4 palettes, 12 sangsues à chaque main ; le reste *ut suprà.*

Le 22, soulagement général, moins de fièvre, moins d'immobilité et de prostration ; les poignets sont moins rouges et moins douloureux.

Une quatrième saignée.

Le 23, le malade est très bien ; la fièvre est nulle ; pouls à 80; peau d'une douce chaleur, moite ; nulle douleur. (Saignée conditionnelle, le soir.)

A huit heures du soir, récrudescence des douleurs dans les poignets et les épaules. Le matin, les douleurs s'étaient calmées. (La saignée conditionnelle ne fut point pratiquée.)

Le 24, pouls encore fort, plein, dur, à 80-84. Pour en finir avec la maladie, une nouvelle saignée de 3 palettes et demie est prescrite. — On permet 2 tasses de bouillon de poulet.

Le caillot des 5 saignées s'est recouvert d'une couenne, ou plutôt d'une véritable membrane d'un blanc grisâtre, très polie à sa surface libre, très résistante. La quantité proportionnelle du sérum a augmenté depuis la première saignée jusqu'à la cinquième.

Le 25, le malade est parfaitement bien. Le pouls est à 80-84, moins dur et moins plein. Convalescence. (3 bouillons, 1 soupe aux herbes, 6 pruneaux.)

Les jours suivans, point de rechute, quelque *ressentiment* de douleur dans les articulations des membres supérieurs, sans rougeur ni gonflement, et qui gêne seulement un peu les mouvemens.

On augmente les alimens et on prescrit des bains simples.

Le malade se trouvant parfaitement rétabli, demande sa sortie le 5 janvier 1834 : il mangeait les trois quarts depuis quelques jours.

Ainsi, voilà un rhumatisme articulaire aigu occupant presque toutes les articulations, avec fièvre intense, qui a été réellement *jugulé* en cinq jours d'un traitement énergique, et la guérison s'est maintenue si bien que, dix-sept jours après son entrée, le malade a pu quitter l'hôpital.

OBSERVATION IIe.

(*Recueillie par M. le docteur* **Raciborski.**)

Rhumatisme articulaire aigu occupant les mains, les coudes, les articulations scapulo-humérales, les deux genoux et le pied droit.— Cinq saignées en quatre jours. — Cataplasmes sur les articulations. — Narcotiques. — Convalescence les quatrième et cinquième jours après le commencement du traitement. — Point de rechute. — Sortie le treizième jour.

Françoise Vilette, âgée de 27 ans, n'ayant jamais eu d'enfans, cuisinière, est venue, le 12 mars 1834, à l'hôpital de la Charité, où elle était couchée au n° 4 de la salle Sainte-Madeleine. Ses parens n'ont jamais eu de rhumatismes. A l'âge de six semaines, elle a eu la petite vérole, dont elle porte des marques sur la figure; sa constitution est forte. Depuis l'âge de 18 ans, époque de la première menstruation, les règles viennent toujours très abondantes et régulièrement. Elle est à Paris depuis 4 mois, et habite une maison humide. Son état l'expose souvent aux vicissitudes de la température; souvent elle

est obligée de descendre dans la cave, après s'être échauffée auprès du feu de la cuisine. Il y a cinq jours qu'elle a commencé à éprouver de légères douleurs dans la région lombaire, lesquelles se sont continuées les deux jours suivans.

Le surlendemain, elle a commencé à éprouver beaucoup de gêne dans les genoux; mais les bras saisissaient encore bien les objets de la cuisine. Du reste, elle n'éprouvait point de chaleur, point de frisson, pas de céphalalgie.

Les douleurs des membres inférieurs augmentèrent dans la journée, et la malade, n'ayant pu continuer ses occupations, fut obligée de se mettre au lit. Le soir, on envoya chercher un médecin, qui lui fit une large saignée du bras, et ordonna, pour tisane, une décoction d'orge miellée. Le quatrième jour, la malade trouvant ses membres de plus en plus engourdis, se rendit à l'hôpital.

14 mars. — Il est impossible à la malade de porter le bras droit sur la tête; douleur dans toutes les articulations; visage animé; râle sibilant à la partie antérieure et postérieure de la poitrine.

Prescription : saignée de 3 à 4 palettes, renouvelée le soir; infusion de fleurs de guimauve et de violette édulcorée avec le sirop de gomme, deux pots; potion gommeuse, avec une demi-once de sirop diacode.

15.— La malade ne sent plus qu'un peu d'engourdissement dans les jambes, et principalement dans le pied droit. Mais les genoux sont gonflés, rouges et douloureux. Toutes les articulations des membres thoraciques sont attaquées, et les poignets surtout, au plus haut degré. — Un peu de toux sans expectoration. Râle sibilant dans toute l'étendue de la poitrine. La résonnance y est bonne partout. 104 à 108 pulsations; 28 inspirations par minute. La peau est chaude; visage coloré; langue blanche; soif; selles et urines normales.

Le sang de la première saignée offre une couenne générale, mais peu épaisse, et celui de la dernière une couenne partielle, mais d'une épaisseur plus considérable.

Saignée de 4 palettes par une large ouverture. — Infusion de guimauve et de violette, édulcorée avec le sirop de gomme, 3 pots; pot. gomm. avec une demi-once de sirop diacode; cataplasmes autour des articulations douloureuses. Diète.

16. Le caillot est en champignon, d'une densité remarquable; la couenne est très prononcée. — Les bras sont seuls un peu engourdis, mais pas aussi douloureux qu'hier. Les genoux qui étaient le plus attaqués ne sont point douloureux, et la malade peut les plier facilement.

Langue moins blanche et moins épaisse. Beaucoup de soif. 88 pulsations; la malade a de grandes sueurs.

Quatrième saignée de 3 palettes.

17. Le sérum du sang est prédominant; caillot dense et recouvert d'une couenne épaisse avec des bords relevés. —La malade va très bien; il ne lui reste qu'un peu de douleur dans le poignet et les articulations scapulo-humérales, principalement la gauche. 88 pulsations par minute. Le pouls est ondulant et développé.

Cinquième saignée de 3 palettes; eau gazeuse; 2 pilules, d'un quart de grain d'extrait d'opium chacune; 2 tasses de bouillon de poulet.

18. Le caillot de la saignée est couenneux, avec des bords relevés; sa consistance est bien marquée. —La malade n'éprouve qu'un peu de gêne dans le poignet droit. 67 pulsations. Convalescence.

Infusion de guimauve et de violette, édulcorée avec sirop de gomme, 2 pots; —2 pilules, d'un quart de grain d'extrait d'opium chacune. —2 tasses de bouillon de poulet.

19. La malade ne ressent plus de douleur dans aucune articulation. (2 bouillons; 3 potages 1 tasse de lait. Pilules opiacées, comme hier.)

20. Le bien-être continue. 64 pulsations. Le

pouls est assez développé. (*Ut suprà.* Bains; une pomme cuite.)

21. La malade ne souffre nulle part. Elle ne se sent pas beaucoup affaiblie. (*Ut suprà.* Demi-quart.)

22. Elle est dans un état tout-à-fait satisfaisant. (*Idem.*)

23. L'état satisfaisant continue. (Le quart.)

24, 25. La guérison est parfaite. (La demie.)

26. Sortie.

FIN.

TABLE
DES MATIÈRES.

CHAPITRE II.

CHAPITRE III.

CHAPITRE IV.

CHAPITRE V.

CHAPITRE VI.

